

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
LOUISE BEAUSOLEIL

LA SEMAINE DE PRÉVENTION DU SUICIDE : LA MODIFICATION DES
CONNAISSANCES
ET DES ATTITUDES SUR LE SUICIDE

JUIN 2001

60902

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

L'objectif de cette recherche était d'évaluer la Semaine de prévention du suicide (SPS) initiée en 1989 par l'Association québécoise de suicidologie. Cinq variables pertinentes ont été identifiées dans les évaluations déjà réalisées pour des campagnes de sensibilisation en santé et sécurité routière. Deux variables indépendantes permettent de constituer les groupes comparés, soit le «*niveau d'exposition à la campagne*» et le «*degré d'engagement*» quant à la SPS. Quant aux variables dépendantes, soit les connaissances, les attitudes et l'intention de demander de l'aide, elles ont été retenues afin de soupeser l'impact de la SPS. Un sondage téléphonique a été réalisé, après la SPS 2000, auprès d'un échantillon de 1002 hommes de la province du Québec. Les 17 régions géographiques étaient représentées, puis pondérées en fonction de leur importance lors de l'analyse des résultats. Un total de 115 questions étaient posées aux répondants afin de mesurer non seulement d'éventuels changements chez eux mais aussi leur exposition aux activités de la SPS. Les résultats ont démontré une amélioration des connaissances quant à la prévention du suicide, et ceci uniquement pour les sujets «exposés» à la campagne de sensibilisation. Aucune différence significative n'a été observée, entre les sujets exposés et non exposés ou entre les sujets engagés et non engagés, quant à leurs attitudes ou quant à leur intention de demander de l'aide. Ces résultats modestes pourraient d'abord s'expliquer par les difficultés inhérentes à l'élaboration de toute campagne de sensibilisation, à l'identification précise des thèmes à promouvoir et à la mesure des

changements attendus. Toutefois, comme la SPS 2000 n'a pas été suffisamment médiatisée, cette piste d'explication est plutôt retenue ici. En effet, la SPS n'a pas, comme plusieurs autres campagnes, un soutien financier suffisamment important. Les publicités dans les médias ne sont pas retenues contre rémunération et fluctuent selon le bon vouloir des diffuseurs, d'où une intensité insuffisante de la campagne. Le facteur financier constitue donc la principale barrière au succès de cette campagne de sensibilisation.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Remerciements.....	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 - CONTEXTE THÉORIQUE.....	5
LES TROIS MODÈLES THÉORIQUES SOUS-JACENTS AUX CAMPAGNES DE SENSIBILISATION.....	6
<i>Le marketing social</i>	6
<i>L'évaluation de programme</i>	13
<i>La théorie de l'action raisonnée</i>	18
LES ÉVALUATIONS RÉPERTORIÉES	22
<i>Les campagnes de sensibilisation en prévention du suicide</i>	23
<i>Les campagnes de sensibilisation en santé ou en sécurité routière</i>	28
LES CONCEPTS IMPORTANTS DANS LE DOMAINE	30
<i>Les connaissances</i>	31
<i>Les attitudes</i>	35
<i>Les intentions</i>	41
<i>L'exposition à la campagne</i>	42
<i>Les comportements</i>	44
LES HYPOTHÈSES.....	48
CHAPITRE 2 - DESCRIPTION DU PROGRAMME	51
LA MISSION DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE SUICIDOLOGIE	52
LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	53
LES MODÈLES THÉORIQUES SOUS-JACENTS	54
L'IMPUTABILITÉ	56
LE DÉROULEMENT DU PROGRAMME	57
CHAPITRE 3 - MÉTHODE	63
LES MODÈLES THÉORIQUES DE LA MESURE DES EFFETS DE CE PROGRAMME	67
L'ÉCHANTILLON	69
LES INSTRUMENTS DE MESURE	71
LE DÉROULEMENT DU SONDAGE.....	80
LES RÉSULTATS ADMINISTRATIFS ET LES TAUX DE RÉPONSES AU SONDAGE.....	83
L'ÉTHIQUE.....	85
CHAPITRE 4 - RÉSULTATS	87
LA RÉDUCTION DES DONNÉES	88
L'ANALYSE DES DONNÉES	90

<i>Les sujets exposés à la campagne</i>	91
<i>Les connaissances (hypothèse 1)</i>	92
<i>Les attitudes (hypothèse 2)</i>	92
<i>L'intention relativement à une demande d'aide éventuelle (hypothèse 3)</i>	93
<i>Les sujets exposés ayant présenté des idéations suicidaires au cours de leur vie</i>	94
<i>Les connaissances (hypothèse 4)</i>	94
<i>Les attitudes (hypothèse 5)</i>	95
<i>L'intention relativement à une demande d'aide éventuelle (hypothèse 6)</i>	95
CHAPITRE 5 - DISCUSSION	97
L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	98
<i>La variable «exposition à la campagne»</i>	98
<i>L'hypothèse 1</i>	100
<i>L'hypothèse 2</i>	102
<i>L'hypothèse 3</i>	106
<i>La variable «degré d'engagement face à la campagne»</i>	111
<i>L'hypothèse 4</i>	112
<i>L'hypothèse 5</i>	113
<i>L'hypothèse 6</i>	113
Évaluation globale.....	115
LES ANALYSES SUPPLÉMENTAIRES	117
AU-DELÀ DES MESURES QUANTITATIVES	119
<i>Les défis d'une campagne efficace</i>	119
<i>Les qualités d'une campagne de sensibilisation</i>	121
<i>Là où le bât blesse, l'aspect financier</i>	127
CONCLUSION	129
RÉFÉRENCES	133
APPENDICES	142
APPENDICE A - Questionnaire prétest	143
APPENDICE B - Questionnaire post-test	157

Liste des tableaux

Tableau 1. Différences au SOQ entre le prétest et le post-test (février 1998).....	76
Tableau 2. Répartition des répondants par région géographique.....	82
Tableau 3. Résultats administratifs et taux de réponse au prétest.....	84
Tableau 4. Comparaison des résultats des hommes exposés ou non quant aux connaissances et attitudes	93
Tableau 5. Comparaison des résultats des hommes exposés ou non quant à l'intention de demander de l'aide.....	94
Tableau 6. Comparaison des résultats des hommes avec idéations suicidaires ou non quant aux connaissances et aux attitudes	95
Tableau 7. Comparaison des résultats des hommes avec idéations suicidaires ou non quant à l'intention de demander de l'aide	96
Tableau 8. Comparaison des résultats des hommes en prétest et post-test quant aux connaissances et attitudes	118
Tableau 9. Comparaison des résultats des hommes en prétest et post-test quant à l'intention de demander de l'aide.....	118

Liste des figures

Figure 1. Théorie de l'impact d'un programme.	17
Figure 2. Modèle d'Ajzen et Fishbein (1980).	20
Figure 3. Nombre d'appels téléphoniques des tiers et des individus suicidaires dans les centres de crise	24
Figure 4. Nombre d'admissions à l'urgence des hôpitaux suite à une tentative de suicide	24
Figure 5. Nombre d'appels téléphoniques provenant des personnes suicidaires avant, pendant et après la semaine de sensibilisation en comparaison avec Dyck (1993)..	27
Figure 6. Plan de recherche pré-expérimental post-test avec groupe témoin non équivalent.....	66
Figure 7. Item type servant à mesurer l'intention selon Fishbein et Ajzen (1975).	109

Remerciements

Ma reconnaissance et ma gratitude se dirigent spontanément vers monsieur Marc Daigle, mon directeur de recherche. Il m'a donné une opportunité en or de travailler sur ce projet de recherche. Il a offert tout au long du processus de collecte et de rédaction une confiance, un calme, un support et une disponibilité qui m'ont été bénéfique. J'exprime mes remerciements à certains étudiants et professeurs du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), à certains étudiants du Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS) de l'UQÀM et à certains professeurs du département de psychologie à l'UQTR. Ces derniers ont cordialement prêté leurs bureaux aux interviewers durant la durée du sondage en 2000. Je remercie enfin le personnel de l'Association Québécoise de suicidologie pour son accueil chaleureux et son support.

INTRODUCTION

Pour les années 1993 à 1997, les taux de suicides s'établissent en moyenne à plus de 1350 personnes par an (Institut de la statistique du Québec, 1998). En 1997, 1259 personnes se sont suicidées au Québec (Bureau du Coroner, 1998). Pour 1998, ce chiffre s'est établi à 1365 individus et 1999 annonce une augmentation avec 1551 individus (Turmel, 2001). Chaque jour dans la province, quatre personnes en moyenne s'enlèvent la vie. De ce nombre, près de 80% sont des hommes. De 1976 à 1996, le taux de suicide québécois a presque doublé. Il est en effet passé de 12,9 pour 100 000 habitants en 1976 à 19,6 en 1996 (Boyer & St-Laurent, 1999). Il s'agit là d'une augmentation de 52%. Pour ces mêmes années, le taux de mortalité par suicide a augmenté de 25% chez les Québécoises et de 78% chez les Québécois (St-Laurent, 1998). Le suicide est la première cause de décès des hommes de 15 à 39 ans (Beaupré & St-Laurent, 1998).

L'Association québécoise de suicidologie (AQS) estime, avec une moyenne annuelle de 1300 décès par suicide, que 790 000 individus sont touchés par le phénomène: 10 000 qui vivent un deuil suite à un suicide, 63 000 qui tentent de se suicider, 184 000 qui pensent à se suicider, et 530 500 qui sont affectés à titre de proches (AQS, 1996).

Pour ce qui est des comportements suicidaires non fatals, l'*Enquête sociale et de santé 1992-93* (Légaré, Lebeau, Boyer, & St-Laurent, 1995) rapporte que 2,9 % des hommes ont affirmé avoir déjà fait une tentative de suicide comparativement à 4,2% des femmes. En ce qui a trait aux idéations suicidaires, l'*Enquête sociale et de santé de 1998* (Boyer, St-Laurent, Préville, Légaré, Massé, & Poulin, 2000) rapporte que 3,9% des hommes ou des femmes ont pensé sérieusement à se suicider au cours des 12 mois précédant l'enquête, ce qui correspond à 220 000 individus. Les auteurs observent une augmentation de 3,1% en 1987 à 3,7% en 1992-1993.

Les difficultés à enrayer ce problème s'expliquent, entre autres, par la diversité des causes liées au comportement suicidaire. La liste des facteurs de risques ou des variables associés au comportement suicidaire est longue (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1998; Séguin, 1999). À partir de ces chiffres, et malgré les difficultés à isoler un nombre restreint de causes, plusieurs acteurs se sont mobilisés autour de ce fléau. Malheureusement, en dépit du mouvement de mobilisation et des actions en prévention, ce phénomène continue de croître.

La *Semaine de prévention du suicide* (SPS) est l'un des nombreux moyens utilisés afin de promouvoir la prévention du suicide. Il s'agit d'une campagne de sensibilisation menée annuellement à la grandeur du Québec. Par le biais de matériels promotionnels (entre autres, affiche, pochette, carte d'affaire, bande-annonce, cahier) et de médiatisation, la campagne vise à mobiliser et à informer le public à propos de la

prévention du suicide. L'AQS pilote la mise sur pied du programme annuel depuis douze ans. Elle a demandé à ce qu'il fasse l'objet d'une évaluation dont les principaux résultats sont rapportés ici.

Le premier chapitre présente d'abord trois modèles théoriques qui sous-tendent l'évaluation de la SPS. Suivront une présentation des évaluations répertoriées, une description des principaux concepts utilisés dans le domaine et les hypothèses. Le chapitre deux décrit la SPS ainsi que ses liens avec l'organisme qui est chargé de son application. Le présent mémoire n'a retenu qu'une partie des mesures utilisées dans le cadre du projet plus vaste de l'évaluation de la SPS. La méthode qui a été mise à profit afin de mesurer les hypothèses que nous avons retenues et les résultats seront présentés aux chapitres trois et quatre respectivement. Le dernier chapitre est une discussion de l'ensemble du projet.

CHAPITRE 1

CONTEXTE THÉORIQUE

Les trois modèles théoriques sous-jacents aux campagnes de sensibilisation

La recension des écrits permet d'identifier principalement trois modèles théoriques qui peuvent sous-tendre une campagne de sensibilisation: le marketing social, l'évaluation de programme et la théorie de l'action raisonnée.

Le marketing social

Les principes du marketing social guident le plus souvent la mise sur pied de campagnes de sensibilisation. Le but du marketing social est d'influencer un comportement social en particulier et, par extension, d'éduquer, de changer les attitudes et les valeurs des individus (Kotler & Andreasen, 1996). Selon Santé Canada (2001) (<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/marketing-social/msinitia.htm>):

Le marketing social constitue un processus planifié visant à susciter le changement; le terme est dérivé du marketing traditionnel de produits et services. Composé d'éléments issus de la recherche commerciale et de consommation, de la publicité et de la promotion (y compris le positionnement, la segmentation, la stratégie créative, la conception et l'évaluation du message, la stratégie et la planification médiatique et le suivi réel), le marketing social peut jouer un rôle central en ce qui a trait à la santé, à l'environnement et dans d'autres domaines importants.

Le marketing social vise un changement des comportements au bénéfice des personnes ou de la société. Les domaines peuvent être aussi variés que: encourager les dons de sang ou d'organes; la réduction de la consommation d'alcool, de drogue, de cigarettes; l'augmentation de la consommation de fruits et légumes; la promotion du port du

condom; la sensibilisation au SIDA, aux dangers de l'alcool au volant; l'encouragement au port de la ceinture de sécurité ou de la conduite à 100 km/h, la promotion de la santé mentale (dépistage de la dépression, prévention du suicide). La liste n'est évidemment pas exhaustive. Le marketing social est un outil efficace et influent qui contribue aux changements massifs de comportements dans la population (Kotler & Andreasen, 1996). Ce type d'approches a largement démontré son efficacité dans plusieurs domaines (Kotler & Andreasen, 1996; Delhomme et coll., 2000; Marcus, Owen, Forsyth, Cavill, & Fridinger, 1998). Kotler et Andreasen (1996) citent l'exemple des campagnes de contraception dans les pays en voie de développement (Bangladesh, Thaïlande, Colombie, Indonésie, Maroc). Les recherches démontrent que le taux moyen d'enfants par famille a diminué considérablement dans ces pays suite à des campagnes de sensibilisation. Entre les années 1970 et 1990, Stevens (1994), cité par Kotler et Andreasen (1996), a constaté une diminution variant entre 31% et 50% du taux moyen d'enfants en Indonésie, au Maroc et en Thaïlande. Delhomme et coll. (2000), dans leur méta-analyse, indiquent que certaines campagnes de sensibilisation en sécurité routière, associées cependant à d'autres actions (récompense, application de la loi, programme éducatif) réduisent jusqu'à 8,5% le nombre d'accidents pendant la campagne et jusqu'à 14,8% après. Ce ne sont là que deux exemples qui démontrent l'efficacité de cette approche.

Le marketing plus «traditionnel» est reconnu pour être un ensemble de stratégies incitant le public à adopter un comportement précis (achat d'un produit) au bénéfice d'une

compagnie. Le marketing traditionnel est associé au monde des affaires, à la commercialisation. Le marketing social diffère en ce sens qu'il vise généralement l'adoption d'un comportement au bénéfice de l'individu ciblé ou de la société. Malgré cette distinction, le terme marketing, à lui seul, rebute parfois les intervenants sociaux, probablement à cause de sa connotation «vente à tout prix» à l'avantage, bien entendu, du vendeur. Toutefois, plusieurs des stratégies du marketing traditionnel peuvent être utiles en marketing social. Il ne s'agit pas alors de faire la «fine bouche» sur les moyens employés mais de considérer les avantages sociétaux et humains des résultats obtenus. En somme, les moyens utilisés (publicité, affichage, promotion) sont les mêmes dans l'un et l'autre des types de marketing quoique le produit lui-même diffère. Pour l'un, il s'agit d'un bien de consommation qui sera vendu pour le bénéfice d'un producteur; pour l'autre, c'est un comportement qui sera profitable pour celui qui l'adopte ou pour la société.

En fait, le marketing social est un outil au service de la santé publique, un outil pour la santé psychologique ou physique des individus. Il peut néanmoins impliquer la vente et le profit. Il suffit de penser à la vente de condoms, de casques de vélo, de capsules de vitamines ou bien aux campagnes de levée de fonds (Croix-Rouge, maladies du cœur, dystrophie musculaire). Toutefois, la visée première est ici l'amélioration des conditions de vie ou de la santé des individus, de la collectivité. Les concepts de prix, de produit, de promotion, de place sont utilisés pour concevoir les campagnes de tous ordres (Espy, 1992; Kotler, 1975; Wallack, 1990). Ces éléments du marketing, communément appelés les quatre «p», prennent une valeur et une connotation différentes lorsqu'il est

question de changements sociaux. Le *produit* dont il est question sera les connaissances, les attitudes ou les comportements qu'il est préférable de faire adopter à la population. Le *prix* n'a pas ici de connotation pécuniaire, comme dans le marketing traditionnel. Il s'agit plutôt de ce que les gens sont prêts à délaissier au profit des bénéfices proposés par le programme. Ce peut être également les risques perçus (coûts) dans l'adoption du comportement proposé, ne serait-ce qu'en terme de repositionnement social ou d'investissement d'énergie (temps requis, autres activités délaissée...). La *promotion*, autre concept employé en marketing, est constituée des moyens mis en oeuvre pour convaincre les individus ciblés que le produit est intéressant. La promotion se réalise ici par des activités de sensibilisation. La *place*, le dernier élément des quatre «p», réfère au moment de la diffusion mais aussi aux endroits où le message est diffusé (médias écrits, télévisuels, radiophoniques ou même électroniques).

Ce n'est pas une tâche facile et simple que de vouloir changer le comportement des individus. Il n'y a qu'à penser à la difficulté pour un psychologue, un psychiatre ou un travailleur social d'accompagner quelqu'un dans une démarche de changement, de transformation (Ivey, Ivey & Simek-Downing, 1987). Il peut être encore plus difficile, voire même impossible, de provoquer ce changement sans que le principal intéressé en ait la volonté. C'est pourtant ce défi que le marketing social relève avec les campagnes antitabac, d'utilisation du condom, d'interdiction de la conduite en état d'ébriété et de prévention du suicide. Dans ces différents domaines, en effet, la personne visée ne souhaite pas nécessairement, au point de départ, modifier son comportement. L'effet

escompté de la campagne dépend donc de la difficulté à amener au changement de comportement souhaité (Kotler & Andreasen, 1996). Cette difficulté sera tributaire du niveau d'engagement de l'individu ("ego involvement" ou niveau d'implication du moi psychologique). Les mêmes auteurs diront qu'il est plus difficile de changer un comportement répété impliquant un grand niveau d'accomplissement. Pousser un individu à changer définitivement une attitude ou un comportement, comme le tabagisme par exemple, est plus difficile à réaliser que de lui faire adopter un comportement spécifique et isolé (p. ex., faire vacciner son enfant). Les comportements qui requièrent une modification au niveau des valeurs, comme par exemple les comportements racistes ou suicidaires, sont également très résistants aux tentatives de transformation. Lorsqu'une loi prescrit le changement proposé dans la campagne, ce dernier se modifie plus rapidement (p. ex., l'alcool au volant).

Un autre aspect important a été soulevé par Kotler et Andreasen (1996) citant Krugman (1979). En fonction du niveau d'engagement (faible ou élevée) d'un individu, ce dernier sera plus ou moins porté à mémoriser le contenu du message promotionnel. L'intérêt élevé pour un sujet donné fera en sorte qu'il sera emmagasiné et intégré plus facilement et rapidement. Au contraire, si le propos de la campagne est inutile pour l'individu, il ne sera pas assimilé par le processus mnémonique. À titre d'exemple, une jeune femme enceinte sera plus susceptible d'être vigilante et attentive aux messages d'une campagne de sensibilisation à propos du syndrome de la mort subite d'un nourrisson qu'une femme de 45 ans. Quant à cette dernière, elle sera certes plus portée à

retenir en mémoire le message de sensibilisation sur l'ostéoporose, la ménopause ou le cancer du sein.

Dans l'ensemble, le cadre de travail du marketing social est particulièrement utile afin de modifier les normes sociales, l'environnement, les politiques sociales et les pratiques courantes d'une société (Marcus et coll., 1998). La perspective d'action est donc davantage sociale ou sociétale. D'autres modèles théoriques pourraient cependant être utilisés telle la «Théorie cognitive sociale» (traduction libre) ou le «Modèle transthéorique» (traduction libre) (Marcus et coll., 1998). Toutefois, le modèle du marketing social semble plus adapté en prévention du suicide en raison de la composante sociale plus large qu'il implique. D'ailleurs, ce modèle est retenu habituellement dans le milieu du développement de campagnes de sensibilisation, du fait qu'il permet de faire avancer des causes sociales (santé au sens large, sécurité routière).

Quelques mots sur la pertinence du marketing social dans le domaine de la promotion de la prévention du suicide. Les règles de modification des comportements qui viennent d'être suggérées s'appliquent-elles au problème du suicide? Faut-il concevoir la transformation du geste suicidaire en un comportement de demande d'aide en tant que geste unique, définitif, et spécifique ou plutôt comme une circonstance qui sera récurrente et répétitive dans la vie d'un individu? Les nuances s'imposent relativement à cette question. Pour la grande majorité des individus, l'idée de vouloir s'enlever la vie est une réponse à une crise ponctuel, tandis que pour quelques personnes,

il s'agit d'un mode de gestion des problèmes quotidiens. Autre élément retenu par Kotler et Andreasen (1996), quels seraient les individus qui pourraient démontrer un niveau d'engagement élevé en matière de prévention du suicide? Il semble que ce soit les intervenants naturels, professionnels, les personnes souffrant de dépression, celles ayant déjà fait une tentative de suicide ou encore celles ayant déjà pensé à s'enlever la vie.

En prévention du suicide, la coercition s'est amenuisée dans notre société, tant sur le plan légal que sur le plan spirituel. En effet, aucun article de la loi n'interdit maintenant de s'enlever la vie. Par ailleurs, on ne peut que constater que la religion, qui n'approuvait pas le suicide, qui le condamnait même, est moins présente et a peu d'impacts dans notre société. Cela entraîne une certaine «permissivité» morale et sociale quant à l'utilisation du suicide comme solution éventuelle aux problèmes. Comme il a été dit précédemment, la prévention du suicide implique une modification des valeurs. Doit-on respecter le choix d'une personne de s'enlever la vie? La société doit-elle envisager la vie et la sécurité d'une personne en priorité? La Charte québécoise des droits et libertés dicte pourtant le chemin à suivre lorsqu'elle énonce que «(...)tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours». Le concept de droit et de liberté individuelle est au centre du débat des valeurs. Il faut passer d'une position où le suicide est un geste acceptable pour régler un problème à une modalité à proscrire individuellement et collectivement. Cette transformation de valeurs qui est difficile apparaît comme une résistance aux stratégies pour réduire le recours à la solution du suicide. Ces différents éléments

peuvent expliquer le défi que peut représenter la modification des connaissances, des attitudes, et des comportements suicidaires.

L'évaluation de programme

Les stratégies de marketing social sont utilisées de concert avec les principes de l'évaluation de programme afin de maximiser la réussite des objectifs des campagnes de sensibilisation. Quels liens unissent ces deux domaines? Une campagne de sensibilisation peut être considérée effectivement comme un programme social, celui-ci étant défini comme une action organisée et planifiée pour améliorer les conditions sociales (Rossi, Freeman, & Lipsey, 1998). En outre, la campagne de sensibilisation en marketing social et le programme social s'apparentent de par leur visée convergente qui est le changement des comportements au profit des individus composant la société. Plus précisément, l'évaluation de programme est l'investigation de l'efficacité de l'intervention sociale (Rossi et coll., 1998). Elle contribue grandement à l'amélioration des conditions sociales. Elle permet l'amélioration d'un programme et favorise son expansion ou son extinction lorsque celui-ci n'atteint pas les objectifs attendus.

L'évaluation a connu un fulgurant essor après la dernière guerre mondiale surtout à cause du développement des programmes sociaux, mais aussi à cause de la diminution des budgets qui s'en est suivie. Les décideurs ont des choix à faire parmi la gamme des

programmes à offrir. Quels sont les plus efficaces? C'est-à-dire, lesquels proposent le meilleur rapport entre les résultats obtenus et les moyens mis en œuvre? Ce programme ou tel autre atteint-il les objectifs fixés? Quels sont les meilleurs programmes possibles au plus bas coût possible? Il est légitime de se préoccuper de la qualité des programmes offerts (Speers, 1998). Les recherches en évaluation sont utiles si elles donnent aux décideurs le genre d'informations qui viennent d'être mentionnées (Balc & Sutton, 1997). Mais elles sont encore plus utiles si elles sont intégrées pour transformer le programme. Le but ne doit pas être de donner un verdict sur le sort du programme, mais de le faire progresser. À ce titre, une évaluation devrait être formative, en ce sens qu'elle a pour but de préparer ou d'améliorer un programme. Ce type d'évaluations permet de dégager les forces et les faiblesses du programme afin qu'il évolue positivement. Par ailleurs, Rossi et coll. (1998) affirment que l'évaluation sommative quant à elle, vise à mesurer si le programme a donné des résultats, s'il a eu des impacts. Ce type d'évaluations permet de constater l'atteinte ou non des buts et objectifs du programme. Il s'agit, selon Rossi et coll. (1998), d'un compte rendu critique de la performance du programme. Les résultats peuvent être observés à l'aide de mesures dites «proximales» ou rapprochées, telles la conscientisation, la modification des connaissances et des attitudes (Indiana Prevention Resource Center, 1992; Rossi et coll., 1998). Quant à l'estimation de l'impact, ce sont des mesures de résultats comportementaux plus «distaux», à plus long terme. Il est alors difficile d'attribuer ce type de résultats au programme ou à la campagne de sensibilisation, en raison des différents facteurs présents dans l'environnement au même moment que le programme. Par exemple, est-ce que le programme ou la campagne de

sensibilisation a eu un effet sur le taux de mortalité, sur le nombre d'accidents automobiles, sur le nombre de blessés, sur le taux d'absentéisme au travail, sur le nombre de personnes ayant complété un suicide?

La théorie de l'impact du programme (traduction libre) exposée par Rossi et coll. (1998) débute par une supposition sous-jacente au programme. Celui-ci est présumé avoir un impact causal sur le changement. Il s'agit donc d'une relation de cause à effet. Les auteurs citent l'exemple d'un programme dont l'objectif est de diminuer le nombre de personnes abusant de l'alcool. Comme il est impossible que le programme «empêche» directement les excès alcooliques des individus, celui-ci a plutôt comme objectif plus immédiat de modifier leurs attitudes, leur motivation à consommer, de sorte que le programme parvienne finalement à réduire l'importance de ce problème social. La Figure 1 illustre l'effet du programme sur les comportements en agissant par la modification des connaissances et la conscientisation. Selon le type de programmes proposé, l'équation peut être plus complexe que celle-ci. Toutefois, une campagne de sensibilisation dans les médias de masse, comme la SPS, est bien illustrée par un tel diagramme.

Cette théorie causale est relativement simple, accessible à la compréhension. Tout événement qui se produit après la réalisation du programme constitue un résultat de celui-ci. Les effets seront proximaux, immédiats, ou s'ils sont plus loin dans la chaîne causale, ils seront distaux. Les effets proximaux sont généralement plus importants et il est plus facile de présumer qu'ils seront causés par le programme. Il s'agit ici de

l'hypothèse d'action. Autre élément de la théorie qui est pris pour acquis: les effets proximaux causent les effets distaux, et ce, bien que le programme n'ait aucun contrôle évident ou aucun effet direct sur ces effets

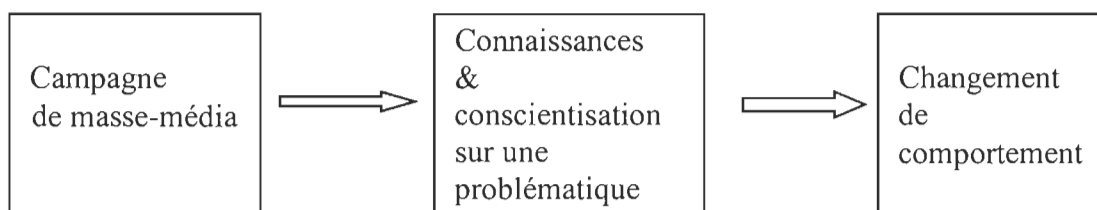


Figure 1. Théorie de l'impact d'un programme. Tiré de Rossi et coll. (1998) (traduction libre)

distaux. Pour cette raison d'ailleurs, cette présomption est appelée *l'hypothèse conceptuelle*. C'est à partir de cette hypothèse conceptuelle qu'il est présumé que les individus adopteront le comportement souhaité qui, lui, sera à l'origine du bénéfice social escompté. Cependant, ces derniers fondements ont été peu ou pas du tout documentés dans les évaluations recensées. Les mesures de la conscientisation, des connaissances, des attitudes, de la motivation, et des comportements sont reconnues par une majorité d'auteurs en évaluation de programmes de marketing social (Elliott et Shanahan Research, 1993; Rossi et coll., 1998).

La théorie de l'action raisonnée

Ce n'est pas chose simple que de prédire le comportement humain et il existe encore aujourd'hui de vifs débats concernant la possibilité de le faire, notamment à partir des attitudes (Lafrenaye, 1994). Plusieurs modèles théoriques peuvent être invoqués ici. Cependant, celui basé sur la théorie de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980) est reconnu comme étant un modèle qui permet d'expliquer notamment les habitudes de consommation (comportements) d'un individu (Kotler & Andreasen, 1996). C'est également le modèle utilisé au Québec par l'AQS lors de l'élaboration de sa stratégie de communication. Une majorité d'auteurs en évaluation de programmes de sensibilisation utilisent ce modèle. Par exemple, Middlestadt et coll. (1995) ont fait quelques recherches évaluatives à partir du modèle de l'action raisonnée. Valente et Saba (1998), Ressler et Toledo (1998) ont également utilisé ce modèle pour étoffer leur évaluation. Le modèle sert également d'appui à la méta-analyse de Delhomme et coll. (2000). Les devis de recherche de ces évaluations incluent habituellement ces variables: connaissances, attitudes, croyances, intentions, comportements, norme sociale perçue et contrôle perçu.

Les notions de coûts et bénéfiques sont également en jeu. Selon Kotler et Andreasen (1996), qui reprennent le modèle d'Ajzen et Fishbein (1975, 1980), chaque consommateur ou utilisateur d'un produit possède une série de perceptions associées aux conséquences favorables ou non de l'utilisation d'un produit. Ce coût, dont il est question ici, aura une pondération, un certain poids dans l'évaluation globale de la situation. Parmi

tous les choix possibles, l'individu fera un tri et en établira une évaluation sommaire, ce qui lui donnera l'intention d'adopter tel comportement. Finalement, l'individu entreprendra éventuellement l'actualisation du comportement. Il s'agit donc, selon les auteurs, d'un processus complexe d'évaluation des alternatives de l'individu.

Le modèle de l'action raisonnée, dans son ensemble, (Figure 2) vise l'explication et la prédiction de la plupart des comportements sociaux à l'aide d'un nombre limité de construits théoriques insérés dans une chaîne causale (Ajzen & Fishbein, 1980). L'intention de produire un comportement est un concept central de cette théorie. Dans la chaîne causale, l'intention se situe immédiatement avant le comportement. Dans ce contexte, une mesure exacte de l'intention permet de prédire de façon valable le comportement cible. L'intention serait le meilleur prédicteur du comportement. Fishbein et Ajzen (1975) définissent l'intention comportementale comme suit: «la probabilité subjective qu'une personne émette le comportement en question» (traduction libre). Selon ces auteurs (Ajzen & Fishbein, 1980), l'intention serait tributaire ou déterminée par deux éléments, soit l'attitude et la norme sociale perçue, appelée aussi norme subjective¹.

¹ La théorie de l'action raisonnée a été reconceptualisée par la suite pour devenir la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1988). Dans ce nouveau modèle, un troisième élément s'ajoutait à l'attitude et à la norme subjective : la perception du contrôle comportemental (perception de la facilité ou de la difficulté inhérente à l'émission d'un comportement). Ce dernier élément est cependant ignoré ici, compte tenu de sa pertinence minimale en prévention du suicide.

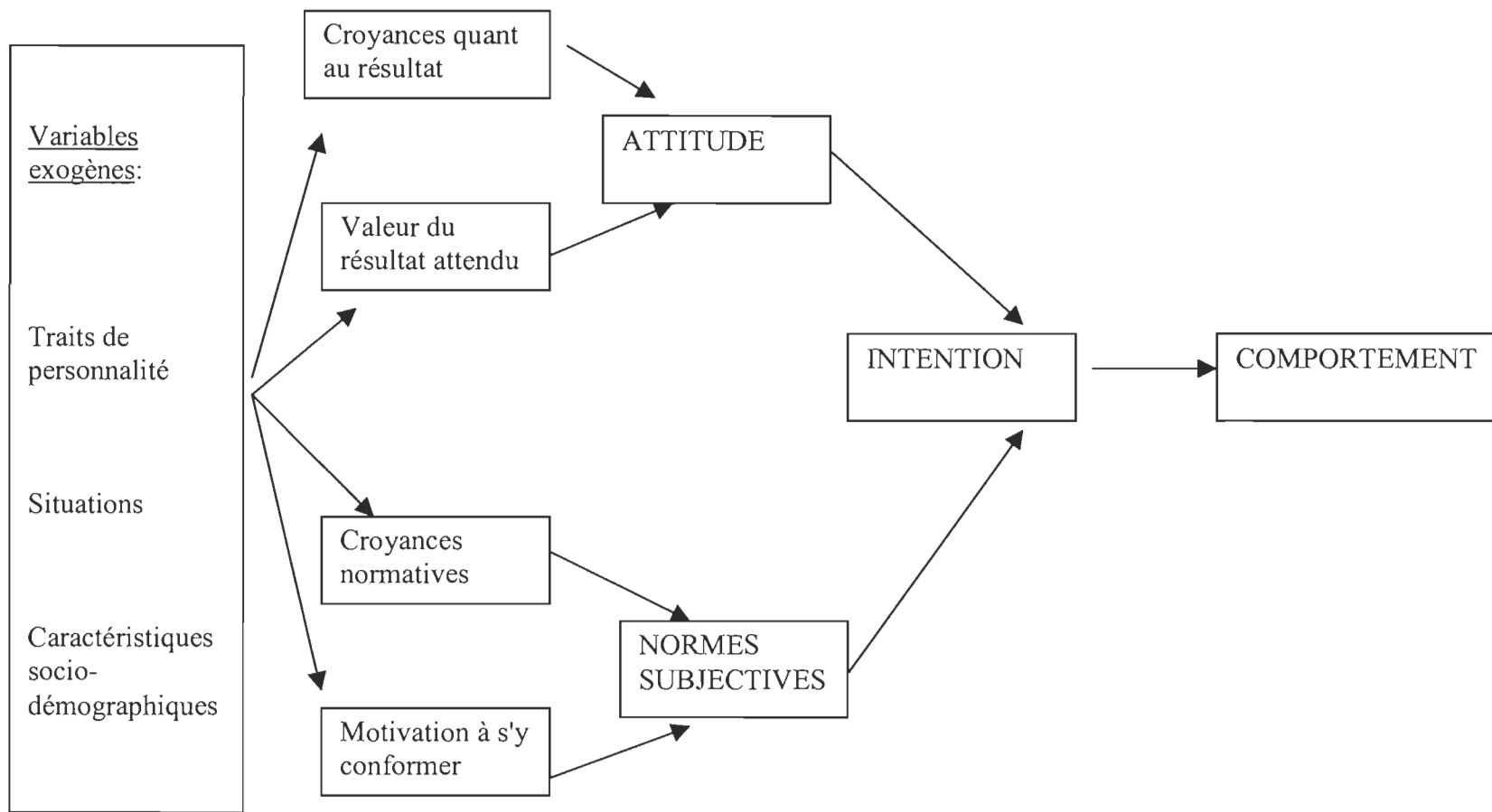


Figure 2. Modèle d'Ajzen et Fishbein (1980).

Quant à l'attitude, Lafrenaye (1994), reprenant lui-même la définition de l'attitude de Allport (1935), la définit ainsi:

Une attitude représente un état mental et neuropsychologique de préparation à répondre, organisé à la suite de l'expérience et qui exerce une influence directrice ou dynamique sur la réponse de l'individu à tous les objets et à toutes les situations qui s'y rapportent (traduction libre). (page 331)

L'attitude est donc une prédisposition à agir de façon positive ou négative à l'égard d'un objet, d'une personne ou d'une situation, et ce, à partir des pensées et des affects de l'individu. L'objectif particulier d'une attitude, pour Ajzen et Fishbein, est l'accomplissement ou non d'un comportement. Selon Lafrenaye (1994), qui reprend Ajzen et Fishbein, «(...)l'attitude ne représente qu'un élément annonciateur d'un comportement dans la mesure où elle influe sur l'intention de façon directe». La norme subjective, dont un synonyme pourrait être la pression sociale, évoque une causalité plus collective. Celle de l'attitude est, quant à elle, plus individuelle. La norme subjective est constituée des perceptions de l'individu par rapport aux pressions sociales (parents, amis, partenaires, entourage) ressenties lors de l'exécution d'un comportement.

À leur tour, ces deux composantes du modèle (attitude et norme subjective) sont déterminées par deux éléments. L'attitude sera construite à partir des croyances, quant au résultat, et à partir de la valeur accordée à ce résultat. Par ailleurs, ces croyances équivalent ici aux informations pertinentes («salient information, or beliefs»; Ajzen 1988, p. 189) et donc aux «connaissances» déjà ciblées dans la théorie de l'impact du programme (Figure 1). La pression sociale (normes subjectives), quant à elle, sera

déterminée par les croyances de l'individu relativement à cette norme ainsi que par sa motivation à s'y conformer. Encore plus en amont, d'autres variables viennent influencer à leur tour les quatre composantes déjà décrites. Ces variables, dites exogènes ou extérieures, sont les traits de personnalité, les situations, et les caractéristiques socio-démographiques telles que l'âge, le sexe, l'éducation. Sheppard, Hartwick et Warshaw (1988) dans leur méta-analyse portant sur 87 études ont confirmé la pertinence de ce modèle.

À partir du modèle de l'action raisonnée combiné avec la théorie de l'impact du programme, il a été possible de dégager trois variables pouvant permettre l'évaluation d'une campagne de sensibilisation. Il s'agit des connaissances, des attitudes et des intentions.

Les évaluations répertoriées

De plus en plus de recherches évaluatives sont publiées sur différentes campagnes de sensibilisation thématiques. Toutefois, spécifiquement à la prévention du suicide, deux seules recherches ont été répertoriées. Elles seront présentées ici, avant d'aborder de façon plus large les campagnes axées sur la santé ou la sécurité routière.

Les campagnes de sensibilisation en prévention du suicide

Dyck (1993) a été le premier à réaliser une recherche sur l'impact d'une semaine de prévention du suicide en Alberta. Cette campagne de sensibilisation s'est tenue du 4 au 10 mars 1991 dans cinq centres urbains. Le thème choisi pour cette campagne était «Suicide affects all of us - let's talk about it». Le matériel promotionnel a été distribué dans toutes les régions de la province. Il était constitué de brochures, d'affiches, de communiqués de presse, de cartes contenant des informations sur les signes précurseurs du suicide et sur les ressources disponibles. De plus, les centres de prévention du suicide locaux ont eu la possibilité de développer des activités à caractère local telles que des émissions de télévision et de radio («talk-shows», entrevues), des articles dans les médias écrits, des ateliers de formation et des séminaires sur l'intervention auprès des personnes suicidaires ou endeuillées. Il a été impossible de retracer dans quelle proportion le matériel de sensibilisation a été diffusé.

De façon à mesurer l'impact direct de la semaine de prévention sur les comportements cibles, une compilation des consultations dans onze hôpitaux et des appels dans sept centres de crise a été faite sur une période de six semaines. Par rapport aux appels compilés au niveau des lignes d'intervention de crise, les chercheurs ont noté le plus haut taux d'appels la semaine suivant la campagne de sensibilisation (4^e semaine) avec une nette diminution par la suite (voir Figure 3). Par ailleurs, le nombre de consultations en rapport avec une tentative de suicide dans les hôpitaux a été au plus haut durant la semaine de sensibilisation (voir Figure 4). Pour cette mesure également, Dyck

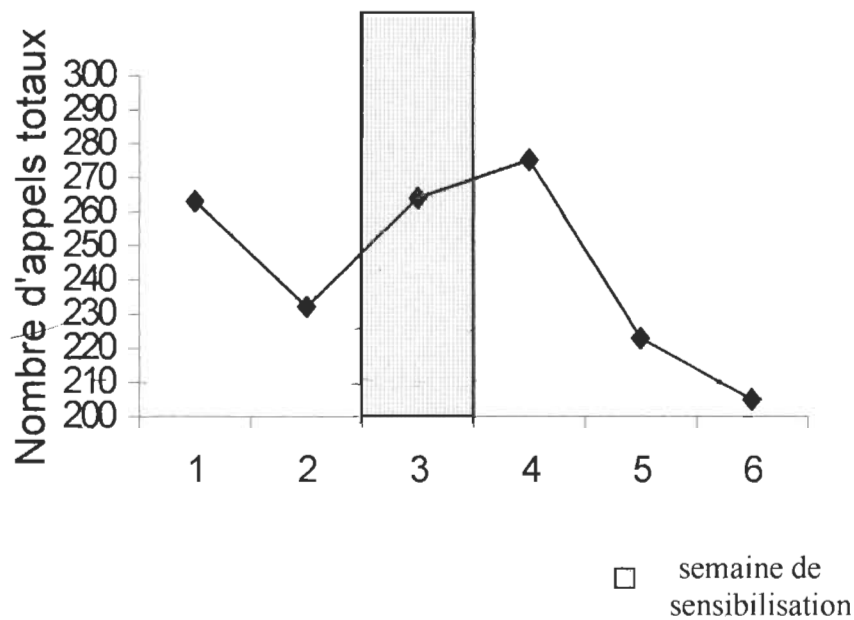


Figure 3. Nombre d'appels téléphoniques des tiers et des individus suicidaires dans les centres de crise

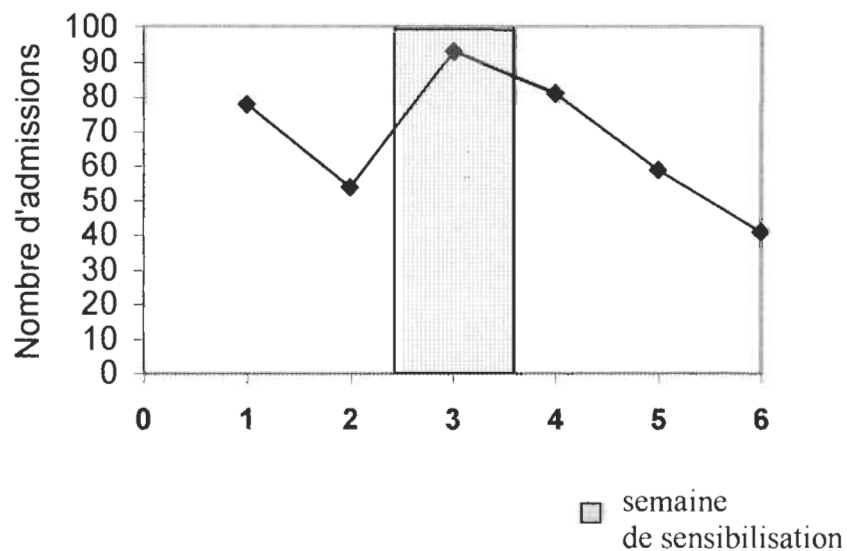


Figure 4. Nombre d'admissions à l'urgence des hôpitaux suite à une tentative de suicide

observe un net déclin après la campagne. Malgré des tendances certaines dans les variations d'appels ou de consultations, les écarts observés ne sont pas statistiquement significatifs.

Le compte-rendu de recherche qui est disponible pour cette évaluation présente cependant des lacunes importantes. Ainsi, il est impossible de préciser les tests statistiques employés par les auteurs. De même, l'ampleur de la campagne et le niveau d'exposition ne sont pas explicités. Selon les auteurs, les résultats pourraient néanmoins indiquer qu'un des effets souhaités de la campagne a été atteint, soit que les personnes en crise demandent de l'aide auprès des ressources (lignes d'intervention) ou se rendent dans les hôpitaux lorsqu'elles ont fait une tentative. Une autre hypothèse pourrait cependant être soulevée à partir des résultats, soit que la campagne pourrait avoir un effet non désirable. La campagne ne pourrait-elle pas générer ou provoquer un malaise et une détresse qui n'existeraient pas sans elle? Cela se refléterait dans l'augmentation du nombre d'appels et du nombre d'admissions dans les hôpitaux. La campagne initierait alors la détresse et donc un besoin de demander de l'aide. Autre difficulté avec laquelle ces auteurs ont été certainement confrontés, il a été impossible de contrôler les circonstances environnementales durant la campagne. Effectivement, d'autres événements auraient pu causer cette augmentation de consultations ou des appels. Mentionnons, pour ne citer que ceux-là, la médiatisation du suicide d'une personnalité connue ou une campagne sur la dépression qui se serait tenue au même moment. Le compte-rendu de Dick demeure muet quant aux circonstances contextuelles de la

campagne. Il demeure silencieux aussi sur le modèle théorique appuyant les interventions de ce programme. Bien que l'auteur ait une mesure prétest (semaines 1 et 2) et post-test (semaines 4, 5 et 6), il n'y a pas non plus de groupe témoin. Il s'agit donc là d'une recherche exploratoire, quasi-expérimentale, mais qui a cependant le mérite de la nouveauté et d'un minimum de rigueur.

La seule autre recherche utilisée dans le domaine est celle de Daigle, Brisoux, Raymond, et Girard (1998). Cette recherche a repris, en partie, la méthodologie utilisée par Dyck (1993) puisqu'elle a comparé le nombre d'appels reçus dans deux centres de prévention du suicide du Québec avant et après la SPS 1998. Comme dans le cas de Dyck, les mesures ont été prises avant la semaine de sensibilisation (semaines 1 et 2) et après celle-ci (semaines 4, 5 et 6). La SPS correspond donc à la semaine trois, soit du 8 au 14 février 1998. Pour l'ensemble des appels reçus au CPS de Montréal (Suicide-Action Montréal), les auteurs ont trouvé qu'ils avaient augmenté de façon significative pendant la SPS 1998 mais qu'ils avaient diminué ensuite de façon significative par rapport à celle-ci. Pendant les deux semaines suivant la SPS (mais pas pendant la semaine 6), le nombre moyen d'appels restait néanmoins significativement plus élevé que pendant les semaines 1 ou 2. Des résultats semblables étaient observés pour les appels reçus spécifiquement des «tiers», c.-à-d. des individus ou des organismes en lien avec des personnes suicidaires. Pour ce qui est des appels des personnes suicidaires elles-mêmes

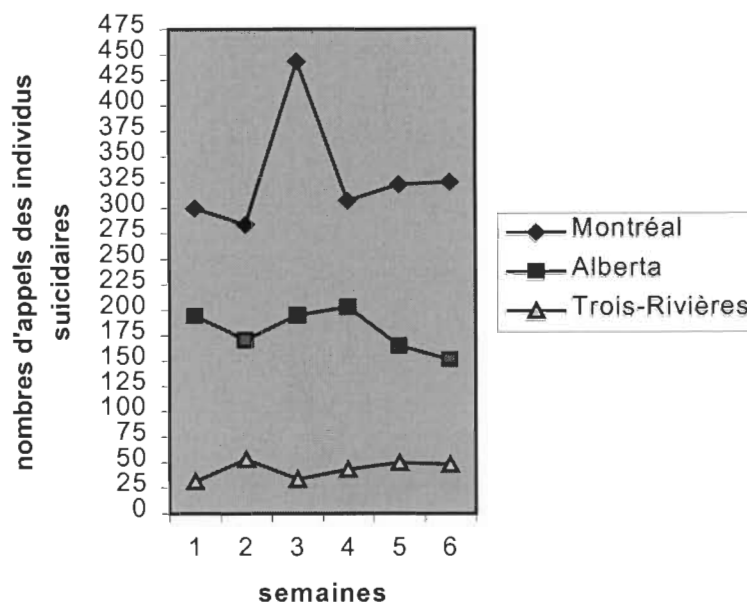


Figure 5. Nombre d'appels téléphoniques provenant des personnes suicidaires avant, pendant et après la semaine de sensibilisation en comparaison avec Dyck (1993)

(Figure 5), ils avaient augmenté de façon significative pendant la SPS et ils avaient diminué ensuite de façon significative par rapport à celle-ci. Ici cependant, le nombre moyen d'appels pendant les semaines 4, 5 ou 6 était revenu à un niveau significativement non différent du nombre moyen des semaines 1 ou 2. Ces résultats indiqueraient donc que la SPS 1998 a eu un effet statistiquement significatif sur l'ensemble des appels reçus au CPS de Montréal. Cet effet disparaissait dès la troisième semaine suivant son déroulement. Cette différence (passagère) entre le niveau d'appels avant et après la campagne serait même due essentiellement aux appels reçus des tiers plutôt que des personnes suicidaires. Pour ce qui est des appels au CPS de Trois-Rivières (environ dix

fois moins nombreux qu'au CPS de Montréal), peu de différences significatives étaient observées et les résultats étaient difficilement interprétables par les auteurs de la recherche.

Les campagnes de sensibilisation en santé ou en sécurité routière

Puisque bien peu d'études ont été faites sur les campagnes de sensibilisation en prévention du suicide, il est intéressant de regarder vers le domaine plus large de la santé ou de la sécurité routière. Ici, les méthodes utilisées pour mesurer l'impact des campagnes promotionnelles sont beaucoup plus variées. Indifféremment des modèles théoriques sous-jacents ou de l'ampleur des moyens financiers et médiatiques utilisés, la très grande majorité des recherches recensées rapportent ici un effet positif. Cet effet est observé plus particulièrement en matière de conscientisation, mais aussi de modifications des connaissances et même des attitudes. Toutefois, une mesure plus distale comme la modification des comportements cibles, permet rarement de conclure à un effet positif de la campagne de sensibilisation. C'est là un constat que Marcus et coll. (1998), notamment, ont établi à partir d'une recension de 28 évaluations des campagnes de sensibilisation à l'activité physique. Ces auteurs concluent que les campagnes de sensibilisation arrivent à conscientiser la population sur les bienfaits de l'activité physique, dans ce cas-ci, mais ne réussissent pas à changer ses comportements, à l'amener concrètement à se mettre en forme. Ces mêmes auteurs soulignent toutefois que d'autres campagnes, plus récentes celles-là, réussiraient à changer les comportements.

De façon générale, lorsque des changements comportementaux sont notés, il s'agit de mesures proximales. Ce sont, des indicateurs plus près et immédiats suivant la campagne de sensibilisation. Ce sont par exemples des mesures telles que le nombre de cigarettes consommées (Dwyer, Pierce, Hannam, & Burke, 1986), le nombre de fruits et de légumes vendus ou consommés (Dixon, Borland, Segan, Stafford, & Sidall, 1998; Foerster, & coll., 1998), le nombre de cyclistes portant un casque ou l'accroissement du nombre de casques vendus (Ressler & Toledo, 1998), le nombre d'activités physiques par semaine (Booth, Bauman, Oldenburg, Owen, & Magnus, 1992; Owen, Bauman, Booth, Oldenburg, & Magnus, 1995), l'utilisation d'un condom dans la dernière relation sexuelle (Alstead, & coll., 1999), le nombre de vestes de sauvetage utilisées et le nombre de veste de sauvetage possédées (Bennett, Cummings, Quan, Lewis, 1999)..

Il faut voir aussi que plusieurs études ne respectent pas les normes scientifiques habituelles. Elliott et Shanahan Research (1993), dans une méta-analyse portant sur les évaluations des campagnes de sécurité routière, retiennent que peu d'entre elles comportent une analyse statistique du niveau d'exposition. Ils poursuivent en énonçant que peu font mention du devis expérimental, de la méthodologie et de la magnitude des effets de la campagne. Ces mêmes auteurs indiquent également que parfois, seuls des post-tests sont effectués. Des moyens comme le rappel des réponses possibles sont courants. Il arrive fréquemment que la grandeur de l'échantillon et sa valeur ne soient pas mentionnées. Toutes ces lacunes ont d'ailleurs amené l'exclusion de plusieurs études du document qui est présenté ici.

Peu de recherches, se sont intéressées aux effets possiblement néfastes d'une campagne. Baade, Balanda, Lowe, et Del Mar (1996), font une campagne d'une durée d'une semaine pour sensibiliser le public aux risques du cancer de la peau associés à une exposition au soleil. Les auteurs souhaitaient mesurer l'augmentation des consultations non nécessaires auprès des médecins. Ils ont constaté que la campagne amenait une augmentation de 20% du nombre de consultations pour des anomalies de la peau. Or, les diagnostics des médecins révélaient que toutes ces nouvelles consultations étaient fondées.

Fait est de constater l'ampleur des écrits portant sur l'évaluation des campagnes de sensibilisation. Seules les recherches dont la campagne ressemblait le plus à la SPS et celles dont le devis de recherche semblait pertinent sont retenues pour la suite du document. Cette façon de faire permet également, par delà la diversité des thèmes et des méthodologies, de s'intéresser plus spécifiquement à cinq grands concepts communs à plusieurs études.

Les concepts importants dans le domaine

La recension des écrits permet d'identifier cinq concepts principaux dans le domaine: les connaissances, les attitudes, les intentions, l'exposition à la campagne de sensibilisation et les comportements.

Les connaissances

La théorie de l'impact du programme, dont il a été question précédemment (Rossi et coll., 1998) utilise le concept de connaissances afin d'obtenir une mesure proximale des effets du programme (Figure 1). Ajzen & Fishbein (1980), quant à eux, réfèrent, dans la théorie de l'action raisonnée, à des croyances qui sont l'équivalent de connaissances pertinentes en fonction d'un comportement à émettre.

Campion, Owen, McNeil, et McGuire (1994) ont fait une évaluation de l'impact d'une campagne de sensibilisation antitabac auprès de femmes enceintes en s'intéressant à une éventuelle modification des connaissances chez elles. La campagne a eu lieu en 1992 et s'est échelonnée sur dix jours. Elle visait les femmes entre 15 et 24 ans et leurs partenaires. La campagne comportait des publications écrites dans certains journaux et des messages publicitaires gratuits à la télévision et la radio. Trois messages publicitaires ont été sélectionnés préalablement. Dans un premier temps, l'évaluation vérifiait l'exposition à la campagne, à savoir si les femmes avaient vu ou entendu les messages. Si elles les avaient vus, on mesurait si elles avaient modifié leurs connaissances et indirectement, leurs comportements quant à la cigarette. Pour ce faire, deux sondages ont été réalisés, l'un deux semaines avant la campagne (N = 625), l'autre deux semaines après celle-ci (N = 607). Les entretiens se sont réalisés en face-à-face. L'échantillonnage par quota a été retenu, de sorte que les groupes en prétest et post-test étaient très similaires

par rapport à certaines variables socio-économiques (âge, scolarité, occupation, statut social). Pour ce qui est de l'exposition à la campagne, une mesure a été utilisée, le rappel spontané de la campagne; ici, 49% des femmes se sont rappelées après la campagne avoir eu connaissance de la publicité ou des articles de presse. Avant celle-ci, les auteurs arrivaient à un résultat de 33%, ce qui est habituel. La différence entre le prétest et le post-test est significative au plan statistique. Campion et coll. (1994) ont également observé une augmentation des connaissances chez les femmes exposées, laquelle différence n'était cependant pas statistiquement significative. La différence en terme de modification des connaissances était toutefois significative pour le sous-groupe spécifique des femmes fumeuses. Les femmes croyant que la cigarette est dangereuse pour leur fœtus étaient en plus grand nombre. Il y avait également eu augmentation significative de la connaissance spécifique au fait que la fumée secondaire est néfaste pour la femme enceinte.

Middlestadt et coll. (1995) ont réalisé une évaluation rigoureuse d'une campagne nationale sur le SIDA. Il s'agit d'une campagne qui s'est déroulée à la radio. Elle portait sur l'utilisation du condom et a duré environ deux mois. Elle eu lieu sur l'île St-Vincent et les îles Grenadines. La recherche ne fait pas mention des montants d'argent investis dans la campagne. Afin d'évaluer son impact, un questionnaire a été administré lors d'entretiens en face-à-face. L'efficacité de la campagne a été mesurée en comparant les résultats entre les individus qui avaient été exposés (N=213) et ceux qui ne l'avaient pas été (N=84). Le questionnaire permettait d'évaluer les connaissances, les attitudes et les

intentions. Les chercheurs voulaient savoir si les personnes interviewées connaissaient l'existence de la «ligne ouverte SIDA». Parmi les personnes exposées à la campagne, 91,1% en avaient entendu parler par opposition à 75,2% pour les non-exposées. Les gens exposés à la campagne ont démontré un taux de rappels (20,5%) plus élevé que ceux qui n'ont pas été exposés (12,6%). Cette recherche de Middlestadt et coll. (1995) offre un devis de recherche permettant de contourner un problème de taille relativement au groupe témoin. Comme la campagne était destinée à tous les individus de l'île, ils étaient tous susceptibles d'avoir été exposés à la campagne. Ainsi, il leur était impossible d'avoir un groupe de comparaison traditionnel. Ces auteurs ont réussi d'une façon ingénieuse à éviter le problème en créant, après la campagne, à partir des individus non exposés, un groupe de comparaison.

Fleming, Newell, Turner, et Mackie (1997), dans une évaluation d'une campagne nationale portant sur les dangers du soleil pour la peau, rapportent des résultats favorables quant aux connaissances. Les chercheurs arrivent à cette conclusion en comparant les mesures établies avant et après la campagne de sensibilisation. Les groupes pré et post-test étaient comparables en ce qui concerne les facteurs démographiques. Toutefois, l'échantillonnage n'a pu être choisi de façon aléatoire; il est dit «accidentel» (Bouchard, & Cyr, 1998).

Marcus et coll. (1998), dans une recension des écrits de plusieurs campagnes de sensibilisation dans le domaine de l'activité physique, rapportent certaines évaluations

ayant démontré une modification en terme de connaissances (Schultz, 1993;Young, Haskell, Taylor, Fortmann, 1996). Quant à Osler et Jepersen (1993), cités dans Marcus et coll, (1993), ils ont étudié la modification des connaissances suite à une campagne de sensibilisation sur l'activité physique. Ceux-ci n'ont noté aucune différence dans les résultats en post-test pour les groupes de comparaison et témoin.

Dans une campagne visant à sensibiliser la population aux ressources en santé mentale du Kentucky, Sundel et Schanie (1978) ont employé la mesure de la connaissance des ressources pertinentes. La campagne était d'assez grande envergure, soit 21 messages radio ou télévisés en fonction de trois différents thèmes. Le matériel a été testé sur une population réduite avant la diffusion médiatique proprement dite. La campagne a été structurée en trois séquences de 20 semaines chacune. Les montants investis ne sont pas précisés ici. Les messages contenaient une référence à une ligne d'intervention de crise. Le sondage téléphonique a été réalisé auprès de la population à quatre différents moments. Les échantillons étaient différents d'un sondage à l'autre, 500 sujets étaient questionnés à chaque fois. Les auteurs concluent à un effet positif de la campagne. Spécifiquement sur la connaissance des ressources en santé mental, il y a une augmentation significative au plan statistique.

Hausman, Spivak, et Prothrow-Stith (1995) ont réalisé l'évaluation d'une campagne de prévention sur la violence auprès des jeunes. Ils ont utilisé, comme référence, la théorie de l'action raisonnée d'Ajzen et Fishbein (1980). La campagne avait

comme outils de sensibilisation des sessions d'informations, des ateliers, des discussions sur la violence, des affiches, des chandails et des brochures. Les médias ont été mis à contribution par le biais de deux messages télévisés et un message radio; les publicités étaient non rémunérées. Un sondage téléphonique a été réalisé auprès de 600 jeunes individus afin de connaître l'augmentation des connaissances sur la violence chez les jeunes puisqu'ils étaient la cible de la campagne. L'échantillonnage a été fait avec rigueur. Les résultats démontrent que les individus qui disent avoir été exposés à la campagne ont de meilleures connaissances sur le sujet.

En somme, la recherche a démontré, le plus souvent, qu'il est possible de modifier les connaissances de la population avec une campagne de sensibilisation.

Les attitudes

Rappelons que, dans le modèle d'Ajzen et Fishbein (1980), les attitudes ont une place prépondérante dans la modification du comportement et, par conséquent, dans la mesure de ce changement de comportement éventuel.

Campion et coll. (1994), déjà cités, ne remarquent pas de différences significatives quant aux attitudes chez les proches de la femme enceinte relativement à l'utilisation de la cigarette. Pour les femmes enceintes elles-mêmes (fumeuses et non-fumeuses), en ce qui a trait aux attitudes, ils ont observé une amélioration de celles-ci,

mais non significative. La différence, quant à cette même attitude, était toutefois significative pour le sous-groupe des femmes enceintes et fumeuses.

Dans le domaine de la santé mentale, Paykel et coll. (1997) ont initié une évaluation sur la portée d'une campagne de sensibilisation à la dépression s'échelonnant entre 1992 et 1996. Celle-ci avait comme cible le grand public mais aussi les médecins généralistes. Les outils promotionnels étaient constitués de livres, de vidéocassette, de feuillets d'informations, d'un logo, de conférences, d'articles dans les revues et les journaux, de reportages radiophoniques et télévisés, de conférences de presse et d'une semaine de sensibilisation. La campagne avait pour but, entre autres, de modifier les attitudes de la population afin de réduire le stigma social lié à la dépression. La publication des résultats nous informe des sondages qui ont été réalisés auprès de la population afin de recueillir les attitudes par rapport à la dépression. Le prétest a été mené en tout début de campagne, et le post-test après trois ans de sensibilisation. Les résultats montrent un changement positif modeste, d'ailleurs non significatif statistiquement. Cependant, les auteurs ne rendent pas compte des outils de mesures utilisés, ni de la méthodologie du sondage. En fait, les résultats ne sont que très sommaires et il est impossible de se prononcer sur la rigueur scientifique de la démarche.

Un des objectifs de la campagne de Middlestadt et coll. (1995) était également de modifier les attitudes des individus vis-à-vis le SIDA. Sur une attitude relative à l'utilité du condom, les auteurs ont observé une différence légère entre les deux groupes: les

individus exposés ont adhéré davantage que les autres à la proposition à l'effet que le condom protège du SIDA. Lorsque les chercheurs ont demandé aux gens «si c'était une bonne idée pour eux d'utiliser le préservatif», ils n'ont observé qu'une différence non significative entre les deux groupes. Le message voulait également responsabiliser les parents, les informer de leur rôle primordial dans l'éducation sexuelle de leurs enfants. Sur deux items portant sur ce sujet, les parents exposés à la campagne ont donné en moyenne une meilleure réponse que les non exposés. La différence des moyennes à l'un des deux items est significative, tandis qu'à l'autre, elle ne l'est pas. Il est à remarquer que, de façon globale, il y a des différences entre les deux groupes par rapport aux attitudes mesurées, mais que cette différence n'est pas toujours significative.

Ressler et Toledo (1998), dans l'évaluation de la campagne de sensibilisation au port du casque de bicyclette, ont utilisé le modèle théorique d'Ajzen et Fishbein. L'investissement financier nécessaire n'est pas mentionné dans cette évaluation non plus. Le matériel promotionnel de la campagne est composé d'un vidéo-clip, d'un message publicitaire radio reprenant le même air que le vidéo-clip, de photos des figurants du vidéo-clip à des points stratégiques (arrêt d'autobus, babillard, autobus), d'affiches, de t-shirts, de porte-clés, de brochures et de deux messages publicitaires pour la télévision. Plusieurs activités ont été organisées, soit des cliniques de sécurité à vélo, des démonstrations, des concours et des conférences de presse. La campagne s'est échelonnée sur tout l'été 1994. Le sondage a eu lieu auprès des enfants à l'école (N=754) et des parents (N=362). Ressler et Toledo (1998) notent une amélioration des attitudes

pour les parents qui ont été exposés à la campagne. L'attitude à l'effet qu'un casque de vélo est important passe de 70% à 75%. Cette différence est statistiquement significative. Le pourcentage de répondants à la question "un casque est extrêmement efficace" passe de 30% à 49% chez les exposés. La différence est également significative. À l'énoncé «le casque aide à prévenir les blessures», le pourcentage pour les non exposés est de 62% contre 76% pour les exposés. Cette différence est aussi significative. Deux autres questions portant sur les attitudes amènent des résultats positifs, mais moins importants puisque non significatifs. Par contre, un autre item présente des résultats inverses. En effet, les parents exposés n'ont pas plus l'intention que les non exposés de forcer leurs enfants à porter le casque, au contraire. Relativement à l'amélioration des attitudes chez les enfants, les auteurs arrivent à des résultats similaires. À l'attitude «le casque protège contre les blessures», le pourcentage des jeunes passe de 50% pour les non exposés à 64% chez les exposés. La différence est significative. Le nombre de jeunes qui décrivent quelqu'un qui porte un casque comme intelligent est de 11 % pour les non exposés et de 51% pour les exposés. Le nombre d'enfants qui parle d'un individu qui porte un casque comme quelqu'un de conscient de sa sécurité passe de 33% pour les non exposés à 59% pour les exposés. Les différences sont significatives pour les deux attitudes. La campagne semble donc avoir modifié significativement les attitudes chez les parents et les enfants à propos du port du casque à vélo.

Ressler et Toledo, 1998, comme l'avait fait Middlestadt et coll. (1995), ont utilisé en post-test les sujets exposés à la campagne en tant que groupe expérimental et les sujets non exposés en tant que groupe témoin. Ce devis expérimental est innovateur et original.

Fleming et coll. (1997), les auteurs précédemment cités, qui ont mené une évaluation de la campagne portant sur l'exposition de la peau au soleil comme facteur de risque du cancer, rapportent une différence statistiquement significative quant à l'amélioration des attitudes. Cette étude est rigoureuse bien qu'elle ne comporte pas un devis avec un groupe de comparaison.

Mc Killip et Baldwin (1990) ont évalué une campagne de sensibilisation visant à augmenter l'utilisation du condom. La campagne s'est déroulée sur un campus universitaire et s'est échelonnée sur une semaine. Bien que la durée soit la même que celle de la campagne annuelle de l'AQS, sa portée est d'une plus petite envergure puisqu'elle est limitée à une seule université. Les auteurs se sont référés encore ici à la théorie d'Ajzen et Fishbein. Huit mesures ont été prises, par le biais d'un sondage téléphonique: quatre avant la campagne, une pendant celle-ci et trois après. Élément très distinctif au plan méthodologique, la comparaison ne s'établit pas tant entre les mesures prétest et post-test, mais bien en comparaison avec deux autres thèmes (consommation modérée d'alcool et activité physique) qui constituent, en quelque sorte, les groupes de comparaison. Comme ces thèmes n'ont pas été les objets de la campagne, ils sont une mesure comparative pour un niveau de base. Ce devis de recherche semble unique et n'a

pas été retrouvé dans les autres recherches recensées. Les activités de promotion de la campagne comportaient des publicités dans le journal étudiant, un jeu-questionnaire, trois cent affiches placées à des points stratégiques du campus et un kiosque d'informations. L'étude est considérée comme très rigoureuse quoiqu'elle ne présente pas d'indications sur le type de questions utilisées et sur l'attitude en cause. Par ailleurs, les auteurs n'observent pas à de différences significatives dans les attitudes mesurées.

Sundel et Schanie (1978), dans l'étude évaluant une campagne de sensibilisation en santé mentale présentée précédemment, arrivent ici à des résultats positifs. Parmi les items mesurant les attitudes, huit des 21 items ont offert des différences statistiquement significatives, tandis que les résultats de dix des questions n'ont pas été modifiés et trois ont présenté des résultats négatifs.

Par ailleurs, Hausman, et coll. (1995) ont réalisé l'évaluation d'une campagne de prévention de la violence auprès des jeunes. Cette étude rigoureuse mesurait les connaissances mais aussi les attitudes. Les résultats en terme de modification des attitudes sont positifs et statistiquement significatifs.

En résumé, la majorité des évaluations répertoriées rapportent des résultats positifs et significatifs à propos de la modification des attitudes suite à une campagne de sensibilisation. Certaines de ces études arborent cependant des résultats plutôt modestes.

Il faut aussi se rappeler que les campagnes répertoriées étaient menées de façon très intensives, ce qui n'est pas le cas de la SPS.

Les intentions

L'intention d'émettre un comportement est une variable clé du modèle d'Ajzen et Fishbein (1980). Ce concept en est même la pierre angulaire. Selon ces auteurs, la mesure de l'intention est le meilleur prédicteur d'un comportement à venir. Mesurer l'intention est plus efficace quant à la prédiction du comportement que de mesurer les connaissances et les attitudes. L'intention est l'indicateur le plus probant à défaut de pouvoir mesurer le comportement lui-même.

Middlestadt et coll. (1995), cités précédemment, ont utilisé un devis comportant une mesure des intentions comportementales. On demandait aux sujets s'ils avaient l'intention d'utiliser un condom lors de leur prochaine relation sexuelle. Le groupe exposé a démontré une intention différente par rapport au groupe non exposé. La différence n'était toutefois pas significative.

Mc Killip et Baldwin (1990), dans l'évaluation déjà citée, obtiennent des résultats non significatifs dans la mesure des intentions d'utilisation du condom par des étudiants. Il ne faudrait pas conclure pour autant à un échec de cette campagne puisqu'ils arrivent à

des résultats favorables en ce qui concerne d'autres mesures comme les croyances et la discussion sur le thème de la campagne avec les pairs («agenda setting»).

La mesure des intentions comportementales a été beaucoup moins retrouvée dans les évaluations, et ce, même avec celles qui avaient recours au modèle d'Ajzen et Fishbein (1980). Cet élément est plutôt surprenant compte tenu de l'importance de cette variable. De plus, les deux études présentées ici sur ce thème rapportent des résultats plus modestes que celles présentées plus haut sur les connaissances et les attitudes.

L'exposition à la campagne

La variable «exposition à la campagne» est en fait une mesure de l'objectif de visibilité de la campagne. Elle révèle jusqu'à quel point une campagne a réussi à atteindre une clientèle cible. Cette mesure peut être prise à partir de différents indicateurs: cotes d'écoute, vente d'affiches, taux de participation des promoteurs, taux de rappel du message diffusé dans la campagne. Le degré d'exposition est cependant plus une mesure du processus de la campagne qu'une mesure des résultats de celle-ci. Il indique, en effet, si un élément de la campagne s'est bien accompli, soit l'étape de mise en contact avec la clientèle. Dans ce sens, l'exposition reflète peut-être une qualité du programme ou de la campagne, mais elle ne signifie pas que l'objectif de modification des connaissances ou des attitudes est réalisé avec la population cible. Il est clair cependant qu'il s'agit-là d'un objectif intermédiaire très important puisque sans clientèle

rejointe, il n'y a pas de changement envisageable chez elle. Rappelons aussi que, d'un point de vue méthodologique, le fait d'avoir été exposé ou non permet de constituer des sous-groupes et, éventuellement, un groupe de comparaison pour les étapes ultérieures de la recherche.

Dans la recherche de Campion et coll. (1994), 49% des personnes échantillonnées se sont rappelées après la campagne avoir eu connaissance de la publicité ou des articles de presse. Aussi, dans la recherche de Middlestadt et coll. (1995), 89,6 % des répondants ont dit avoir vu ou entendu le message publicitaire sur le SIDA. De plus, 85,9 % ont répondu qu'ils avaient entendu le message à la radio. À ces personnes, on a demandé de décrire la publicité radio: 84,2% ont donné une bonne description.

Ressler et Toledo (1998), quant à eux, obtiennent les résultats suivants: 92% des enfants questionnés répondent qu'ils ont entendu parler de quelque chose sur les casques de vélo. Les parents, quant à eux, répondent favorablement à 68%. La majorité de ceux-ci ont été exposés par la télévision (61%). Quant aux enfants, 84% auraient été exposés par ce même mode de communication. Pour les deux recherches, les auteurs n'ont eu recours à aucun groupe témoin prétest et post-test. Il est donc impossible de savoir si les gens ont répondu favorablement aux questions afin d'offrir une image positive d'eux-mêmes à l'expérimenteur.

Marcus et coll. (1998), dans leur recension de 28 campagnes de sensibilisation, notent que le taux de rappel moyen des différentes campagnes se situe autour de 70% au moment où un sondage est effectué.

Les recherches répertoriées ne comportaient pas toutes des taux de rappels mnémoniques des messages véhiculés par les activités de sensibilisation. Pour celles qui en faisaient mention, le taux d'exposition aux campagnes de sensibilisation répertoriées sont relativement élevées entre 49% et 92%.

Les comportements

La modification des comportements cibles est évidemment le but ultime d'une campagne, ce qui se reflète dans le modèle d'Ajzen et Fishbein (1980). Tel qu'explicité plus haut, cet élément très distal est cependant rarement vérifiable, et ceci plus particulièrement en prévention du suicide. En effet, le nombre de suicides est assujéti à un nombre de causes variées (condition socio-économique, taux de chômage, taux de maladies mentales, permissivité sociale, médiatisation). La variation de ces éléments sociaux a une influence sur le nombre de personnes qui s'enlèvent la vie. Lorsque survient une évaluation, il est impossible de contrôler ces facteurs externes afin de connaître la portée de la campagne de sensibilisation sur les comportements. Cela est d'autant plus vrai qu'en matière de décès d'un individu, il est parfois très difficile d'établir s'il s'agit d'un suicide, d'un accident ou d'une mort naturelle. Le suicide étant encore

tabou au plan social, plusieurs suicidés masquent les circonstances du drame. Malgré le travail considérable des coroners au niveau des enquêtes, il en résulte que les taux de suicide dévoilés ne sont qu'une estimation des taux réels et prennent un temps considérable (2 à 4 ans) avant d'être compilés.

Cependant, dans certains domaines, des données peuvent être disponibles, à plus ou moins long terme, pour estimer cette mesure. Par ailleurs, il faut voir qu'il peut y avoir des comportements plus proximaux dans la chaîne causale des événements. Par exemple, le fait de demander de l'aide peut être considéré comme une première étape comportementale qui mènera éventuellement à l'adoption d'un comportement plus distal. D'autre part, même dans le cas d'un changement comportemental bien démontré, par exemple par rapport à l'activité physique, il restera encore à voir si ce changement persiste. Dans le cas bien spécifique du suicide, le fait de se suicider est évidemment unique. Par contre, le comportement de «ne pas se suicider» doit se maintenir.

Ainsi, dans une recherche citée précédemment et présentant une méthodologie rigoureuse, Champion et coll. (1994) ont démontré que durant la campagne, il y a eu augmentation de 14% des appels téléphoniques à la ligne pour arrêter de fumer de la part des femmes enceintes. Durant cette même campagne, les auteurs ne notent pas de changement significatif quant au nombre de fumeurs ou de cigarettes fumées (femmes enceintes ou entourage). Champion et coll. ne remarquent pas de différence significative à propos du comportement des proches de la femme enceinte.

Paykel et coll. (1997), quant à eux, ont pris des mesures comportementales avant, pendant et après la campagne. Comme, il a été mentionné précédemment, cette recherche n'est que partielle et il manque certaines précisions méthodologiques. Les auteurs rapportent néanmoins une baisse du taux d'admissions dans les hôpitaux pour motif de dépression, une baisse du nombre de suicides et une augmentation du nombre d'antidépresseurs prescrits. Les auteurs ne croient toutefois pas que seule la campagne puisse expliquer ces résultats puisque, en parallèle, une campagne sur la prévention du suicide a pu interférer avec celle sur la dépression.

Middlestadt et coll. (1995), dans une évaluation complète et serrée d'une campagne de sensibilisation sur le SIDA, ont demandé aux individus de l'échantillon d'indiquer s'ils avaient utilisé le condom durant leur dernière relation sexuelle. Le groupe exposé à la campagne aurait fait usage davantage du condom que le groupe des non exposés. La différence observée entre les deux groupes est toutefois non significative. Les résultats obtenus, quoique marginaux, sont en faveur de l'effet positif de la campagne.

Ressler et Toledo (1998), dont il a déjà été question plus haut, arrivent à un résultat intéressant au niveau comportemental. Les auteurs notent une augmentation des ventes de casques de vélo au cours de l'été 1994. De quelques centaines durant toute l'année 1992, le chiffre est passé à 20 000 en 1994. En 1995, la campagne a été reprise de

nouveau durant l'été et ce nombre de ventes a été porté à 40 000. En 1994, des mesures du port du casque à vélo ont été prises à des points stratégiques et les observateurs ont constaté une augmentation significative des jeunes portant le casque, particulièrement chez le groupe d'âge ciblé par la campagne (7% en 1993 vs 22% en 1994). Différents éléments militent donc en faveur d'un effet positif de la campagne de sensibilisation.

Marcus et coll. (1998), dans une analyse de 28 recherches sur l'activité physique, en arrivent à la conclusion que les campagnes qu'ils ont répertoriées (celles présentant un devis utilisant les médias de masse) présentent peu d'évidences fermes et hors de tout doute quant à la modification de comportements. Sur le plan de l'impact des campagnes pour modifier l'activité physique, les effets sont souvent faibles ou peu durables dans le temps. En effet, les comportements ont tendance à disparaître en même temps que les interventions visant à les encourager.

Fleming et coll. (1997), suite à des mesures avant et après une campagne de sensibilisation sur les effets néfastes du soleil, notent des différences significatives dans les comportements visant à s'en protéger.

Finalement, Sundel et Schanie (1978), dans une étude évaluant une campagne de sensibilisation à la santé mentale, ont compilé les appels téléphoniques à une ligne d'intervention (crise et informations) à différents moments au cours de la campagne. Ils en viennent à la conclusion que la médiatisation a eu un impact positif sur le nombre

d'appels. Le matériel présenté à la télévision a eu un impact certain puisque la différence est statistiquement significative. Quant à la sensibilisation à la radio, les auteurs ne rapportent pas de différence significative.

En terme de modification des comportements, les évaluations de campagnes résumées ici arrivent majoritairement à des résultats favorables. Il est à noter cependant que les mesures prises sont relativement proximales par rapport à la campagne. Dans le cas des campagnes où des mesures distales ont été prises (activité physique), les résultats sont plus ténus (Marcus et coll., 1998).

Les hypothèses

La recension des écrits a permis d'identifier cinq variables dont trois qui sont des variables dépendantes importantes dans l'évaluation d'une campagne de sensibilisation: les connaissances, les attitudes et l'intention d'adopter un comportement. Le comportement lui-même, tel qu'il a été précisé plus haut, est par contre une variable trop distale pour être retenue ici.

Quant à «l'exposition ou non à la campagne» elle permet de préciser deux niveaux à l'intérieur de la variable indépendante (les hommes du Québec). Compte tenu que l'effet des campagnes serait plus grand chez les personnes concernées par le comportement cible (Krugman, 1979 cité par Kotler, 1996), deux autres niveaux sont

également spécifiés à l'intérieur de la variable indépendante: ceux qui ont eu ou n'ont pas eu d'idéations suicidaires par le passé. Dans le contexte de l'évaluation de la SPS, six hypothèses peuvent alors être soutenues, hypothèses qui tiennent néanmoins compte du fait que la SPS dans sa version actuelle, n'a pas une grande ampleur et ne peut donc pas avoir des effets très marqués, notamment au niveau des attitudes.

H1. La SPS entraînera une plus grande amélioration des connaissances sur le suicide chez les hommes du Québec exposés à la campagne que chez ceux non exposés.

H2. La SPS n'entraînera pas une amélioration des attitudes chez les hommes du Québec exposés à la campagne comparativement à ceux non exposés.

H3. La SPS encouragera un nombre plus important d'hommes du Québec exposés à la campagne à manifester l'intention de demander de l'aide comparativement à ceux non exposés.

H4. Parmi ceux qui ont été exposés à la campagne, ceux ayant eu des idéations suicidaires dans leur vie démontreront une plus grande amélioration des connaissances que ceux n'ayant pas eu d'idéations.

H5. Parmi ceux qui ont été exposés à la campagne, ceux ayant eu des idéations suicidaires dans leur vie ne démontreront pas d'amélioration de leurs attitudes comparativement à ceux n'ayant pas eu d'idéations.

H6. Parmi ceux qui ont été exposés à la campagne, ceux ayant eu des idéations suicidaires dans leur vie ne seront pas plus nombreux à avoir l'intention de demander de l'aide que ceux n'ayant pas eu d'idéations.

CHAPITRE 2

DESCRIPTION DU PROGRAMME

Comme nous l'avons vu précédemment, les taux de suicide sont très préoccupants au Québec, et plus particulièrement les taux de suicide des hommes. Il ne fait donc pas de doute que la SPS répond à un problème social. La prévention et la promotion de la santé, sous différentes formes, sont des solutions à envisager pour lutter contre le phénomène du suicide (Pitts, 1996). Sans minimiser le souhait d'intervenir auprès d'autres groupes d'individus, la cible retenue ici présente un besoin criant d'intervention. Rossi et coll. (1998), indiquent que la priorité en terme de programme doit être accordée à une cible qui présente le plus grand besoin en terme d'intervention.

La mission de l'Association québécoise de suicidologie

L'Association québécoise de suicidologie (AQS) est un organisme provincial, créé en 1987, regroupant des organismes et des personnes préoccupés par la prévention du suicide. Elle a comme objectifs de promouvoir la prévention du suicide, de soutenir les centres de prévention du suicide, de sensibiliser la population québécoise à la problématique du suicide et à sa prévention, puis, finalement, de favoriser la responsabilisation et la concertation des différents milieux susceptibles d'être des partenaires en prévention du suicide. La Semaine de prévention du suicide (SPS) est l'une des activités de l'AQS, et ce, depuis 12 ans.

Les objectifs spécifiques

L'AQS, par le biais notamment de la SPS, poursuit trois objectifs spécifiques, soit d'informer la population des ressources existantes en prévention du suicide, de démythifier la problématique et de mobiliser le plus de personnes possibles autour de la prévention (AQS, 1997). La SPS, plus précisément, vise un changement dans les attitudes et les connaissances du public quant au suicide et à sa prévention. Ultimement, l'AQS souhaite réduire les taux de tentatives de suicide et de suicides complétés.

Certaines connaissances issues d'une conscientisation articulée autour de la problématique ont été identifiées afin d'être véhiculées durant la SPS de l'an 2000: le nombre de suicides moyen dans une année; la proportion de suicides complétés par des hommes par rapport à l'ensemble des suicides; l'importance de cette cause de mortalité par rapport aux autres; la connaissance des ressources disponibles en prévention du suicide. La priorité a par ailleurs été accordée à ce dernier élément, compte tenu de son importance stratégique au niveau de l'intervention.

En termes d'attitudes, trois ont été retenues pour la campagne de sensibilisation 2000. Les responsables de la SPS désiraient d'abord véhiculer l'idée que le suicide n'est pas une solution acceptable et donc qu'il n'est pas permis socialement de s'enlever la vie. Les concepteurs de la SPS voulaient également ébranler deux autres attitudes, l'une étant

la présomption que les hommes ne souffrent pas et l'autre qu'ils ne peuvent ou ne doivent pas demander d'aide en cas de besoin.

Les modèles théoriques sous-jacents

La SPS s'appuie sur les trois modèles théoriques présentés plus haut lesquels sont habituellement reconnus en matière de promotion de la santé. L'AQS utilise ainsi, plus ou moins formellement, les principes du marketing social (Kotler & Andreasen, 1996), de l'évaluation de programme (Rossi et coll, 1998) et de la théorie de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980) dans l'élaboration et la promotion de ce programme de sensibilisation annuel.

En effet, toute campagne de promotion ou de sensibilisation en santé doit comporter, pour être efficace, un modèle théorique sous-jacent (Elliott & Shanahan Research, 1993; Pitts, 1996). Pitts a brossé un tableau relativement complet des modèles visant une modification des comportements en santé. La théorie de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980), tel que démontré plus haut, constitue un des modèles les plus retenus. Il est en outre utilisé comme support de plusieurs des campagnes et des évaluations répertoriées plus haut (McKillip & Baldwin, 1990; Middlestadt, et coll., 1995; Ressler & Toledo, 1998; Witte, (n.d.).

Il a aussi été vu que les principes et objectifs du marketing social (Kotler & Andreasen, 1996) cadrent tout à fait avec le programme qu'est la SPS. Par ailleurs, Backer, Rogers et Sopory (1992) définissent ainsi une campagne de sensibilisation: elle a un but spécifique, soit d'influencer les individus; elle vise à rejoindre un grand nombre de personnes; elle a une durée plus ou moins longue dans le temps; ses activités sont organisées et structurées. La SPS répond à ces quatre caractéristiques. Atkin et Wallack (1990) adoptent une définition très similaire à celle-ci. Pour eux une campagne est une série de communications, d'activités, qui utilisent une multitude d'opérations et de canaux s'adressant à une population ou à une audience ciblée. Selon eux, la durée d'une campagne devrait cependant être assez longue, contrairement à ce qu'il en est pour la SPS, et elle devrait avoir un but bien défini.

L'imputabilité

La SPS n'est qu'une des nombreuses activités de l'AQS. Toutefois, elle occupe une grande part des énergies de ce petit organisme: 1,5 année personne, soit environ \$42 000 de salaire annuellement (pour l'année 2000). L'AQS est financée par des subventions du MSSS, des cotisations des membres, des dons, des activités d'autofinancement ou des revenus provenant de la vente du matériel promotionnel de la SPS. Bien que les investissements financiers des autres campagnes de sensibilisation répertoriées (sécurité routière ou santé public) ne sont pas bien spécifiés dans les évaluations, il est évident, selon toute vraisemblance, que le budget de l'AQS pour cette campagne est, en comparaison, très restreint. L'ampleur rapportée de certaines campagnes (nombre de publicités, durée en termes d'année, soutien d'organismes) laisse en effet supposer des investissements financiers beaucoup plus importants qu'ici.

La SPS est sous la responsabilité d'une personne chargée de ce projet à l'AQS, de la directrice de l'organisme, de la présidente et finalement du conseil d'administration (CA). La chargée de projet doit fournir annuellement un rapport au CA et à l'assemblée annuelle des membres. Le rapport, qui illustre le déroulement de la campagne, rend compte des éléments suivants : membres du comité, thèmes et illustration choisis, promoteurs, matériel, couverture médiatique, porte-parole, lancement et financement.

Le déroulement du programme

Les intervenants de l'AQS forment un «*Comité de la SPS*» afin d'assister la chargée de projet dans la conception et la production du matériel promotionnel. Le Comité est composé de certains des employés permanents (responsable des communications, chargée de projet) ainsi que de différents acteurs du milieu (par exemple: chercheurs universitaires, intervenants dans un centre de prévention du suicide, intervenants communautaires dont ceux des organismes pour hommes). Ponctuellement, au cours de l'année, le comité se réunit. En fonction des différents principes identifiés en marketing social et du modèle de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980), les participants établissent une stratégie de communication, structurent le contenu des messages, de l'affiche, ainsi que tout le matériel promotionnel de la campagne annuelle. Exceptionnellement, le matériel n'a pu être soumis pour l'année de notre analyse (2000) à une étude pilote ou à des groupes de discussion. Les suggestions pour le matériel ont été remises au CA de l'AQS pour approbation. Les outils de sensibilisation sont composés d'affiches, d'affichettes, de signets, de dépliants, de crayons, de pochettes, de cassettes vidéo et audio, de cahiers techniques et de cahiers de communication. Les différents promoteurs emploient ces outils pour les activités qu'ils conduisent durant la SPS et même au cours de l'année entière.

En fonction d'un plan triennal de communication (1998-2001), la cible de communication pour la campagne de sensibilisation 2000 est: les hommes et leur

entourage. Le choix de cette cible se justifie par le taux élevé de suicides pour les hommes. Le thème retenu pour la campagne 2000 est: « *La souffrance n'a pas de genre...Pourtant, 80% des suicides sont commis par des hommes* ».

La participation des médias (radio, journaux, revues, et télévision) est vivement sollicitée à chaque année autant aux plans national, régional que local. Toutefois, *aucun temps d'antenne n'est rémunéré, et aucune publicité n'est effectuée contre rétribution*. C'est l'un des éléments distinctifs et centraux de cette campagne. Les différents médias du Québec sont cependant invités énergiquement à participer à la campagne. La responsable des communications à l'AQS les sollicite en trois temps. Vers la mi-novembre, une première communication est acheminée aux représentants des médias: à tous les chefs de pupitres des salles de rédaction des huit quotidiens du Québec; au Réseau NTR; à la Presse canadienne; aux autres réseaux d'informations; aux recherchistes de la radio et de la télévision des émissions d'informations, d'affaires publiques, de variétés et de divertissements; à tous les petits hebdomadaires du Québec; à certains journalistes et animateurs dont l'intérêt est connu pour le sujet. Cette communication est expédiée à trois cents personnes ou organismes.

Une lettre est également distribuée à tous les radiodiffuseurs du Québec, les invitant à diffuser le message audio ou vidéo du porte-parole. Ce sont 179 stations de radio au total (102 commerciales, 65 communautaires, 12 universitaires) et 12 stations de télévision (commerciales, d'état, communautaires et réseaux spécialisés).

Au début janvier, un deuxième envoi est acheminé à environ 150 chercheurs, pupitreurs, animateurs et journalistes. Puis, finalement, dans la deuxième semaine de janvier, une relance téléphonique est effectuée, puis une convocation à la conférence de presse est initiée.

Le comité de la SPS avait choisi préalablement un porte-parole afin de livrer le message spécifique à la campagne. Ce dernier réalise, durant la SPS, des entrevues dans les médias, dans le cadre de différentes émissions d'intérêt public, sur plusieurs antennes et à différentes heures. En 2000, l'artiste porte-parole, Mario St-Amand, a participé à 14 entrevues durant la SPS. C'est peu considérant notamment les 43 entrevues du porte-parole de 2001, le juge Michael Sheehan.

Le lancement de la SPS se fait à l'occasion d'une conférence de presse à laquelle, comme il a été mentionné, tous les médias sont conviés par une invitation écrite. En 2000, quatre personnes animaient cette conférence, soit le Coroner en chef du Québec, le Ministre de la Santé et des Services Sociaux, la présidente de l'AQS et le porte-parole. Pour l'occasion, un interprète-compositeur a offert l'une de ses chansons. De plus, un extrait de la pièce «Les Mâles» d'Alain Francoeur a été interprété par le comédien Peter James. Le jour du lancement bénéficiait donc d'une attention médiatique importante.

La SPS 2000 s'est tenu du 13 au 19 février, soit durant sept jours continus. Pour la campagne de sensibilisation 2000, 2032 promoteurs répertoriés (dont 1650 Caisses Populaires Desjardins) ont participé à la SPS. Ces 2032 promoteurs se sont portés volontaires à partir d'un envoi de 6000 lettres fait à des organismes ou individus qui pourraient éventuellement collaborer à la SPS. Ces derniers provenaient du secteur de la santé et des services sociaux, de l'éducation, de la sécurité publique, de l'emploi et du revenu, du milieu communautaire et des ressources pour hommes. Seulement pour l'année 2000, le matériel suivant a été distribué: 6450 affiches (dont 1650 aux Caisses Populaires Desjardins), 2300 affichettes, 35 000 signets, 1830 crayons, 1000 pochettes, 1500 cartes, 65 000 dépliants et 140 cassettes audio du porte-parole. Quant au «*Dossier de fond*» (AQS, 1999a), lequel contenait des textes d'auteurs connus s'étant arrêtés à la problématique en cause, 445 copies ont été vendues aux promoteurs. Deux cent cinquante exemplaires du «*Cahier technique*» (AQS, 1999b) ont été achetés. Ce dernier comprenait l'explication de la thématique et l'illustration, des suggestions d'activités, une banque de personnes ressources, de vidéocassettes, et des statistiques récentes sur la problématique du suicide. Le «*Cahier de communication*» (AQS, 1999c), suggérant aux promoteurs un plan de communication médiatique, a été distribué à 145 copies. Malgré une sollicitation à cet égard auprès de certains médias (radios et télévisions), il a été impossible de savoir à combien de reprises le message audio ou vidéo a été diffusé sur les ondes. Il a été également impossible de comptabiliser le nombre d'articles publiés dans les journaux pendant ces sept jours à cause de la quantité de journaux et de périodiques répertoriés au niveau national, régional et local dans tout le Québec. Dans le cadre de la

recherche de Daigle, Brisoux, Raymond, Charbonneau, et Beausoleil (2001) qui vise à évaluer de façon plus large la Semaine de prévention du suicide, un sondage aux promoteurs a cependant permis de recueillir certaines informations. Cent des 392 promoteurs (excluant les Caisses Populaires Desjardins) ont accepté de répondre à un questionnaire. Pour ces 100 répondants, le total des activités rapportées s'élevait à 202. Il n'est toutefois pas possible de multiplier ce chiffre par quatre (puisque'il y a près de 400 promoteurs autres que des Caisses Populaires) pour obtenir une estimation des activités à la grandeur du Québec. Trop de variables viendraient influencer cette équation. Néanmoins, le chiffre de 202 n'est qu'une très maigre estimation du nombre d'activités réelles conduites dans le cadre de la SPS.

Une des lacunes des campagnes retenues dans la méta-analyse évaluative de Elliott et Shanahan Research (1993) a été l'impossibilité de mesurer l'intensité des campagnes de sensibilisation. Dans l'évaluation de la SPS 2000, il en a donc été de même. Comme il a été mentionné plus haut, il a été très difficile de faire l'estimation de l'intensité de la médiatisation québécoise de la campagne. Par contre, à l'occasion du sondage téléphonique qui est rapporté dans les sections suivantes, nous avons pu obtenir une juste estimation de la diffusion faite auprès des hommes ciblés par la campagne. Ainsi, aux questions relatives à l'exposition à la campagne, questions posées en post-test, il a été relevé que 31,7% des hommes ont entendu parler de la SPS 2000 et que 59 % de ceux-ci auraient été exposés au message par la télévision. Toutefois, seulement 4,8 % des interviewés auraient vu l'affiche représentant la SPS, tandis que 17,2 % auraient vu le

message vidéo et 10,5% auraient entendu le message radio. Seulement 1,9% ont bien identifié le porte-parole. Lorsque l'exposition à l'un ou l'autre des moyens médiatiques est comptabilisée, 43 % des hommes interviewés se rappellent cependant avoir été «exposés» à la campagne. Parmi les interviewés, 24% ont été capables de bien identifier la cible de la campagne de sensibilisation l'an 2000.

CHAPITRE 3

MÉTHODE

Idéalement, l'évaluation d'une campagne comme la SPS devrait avoir trois caractéristiques typiques d'une recherche expérimentale :1) un traitement X (ou un programme); 2) un groupe témoin et un groupe expérimental et 3) la randomisation des sujets dans les groupes (Fortin, Taggart, Kérouac & Normand, 1988). Or, le déroulement des campagnes de sensibilisation fait que, tout au plus, nous pouvons espérer avoir, dans ces conditions, un devis d'évaluation quasi-expérimental.

Pour l'évaluation d'un programme de marketing social, certaines mesures sont néanmoins essentielles (Elliott & Shanahan Research, 1993; U.S Department of Education, n.d.). Des mesures prétest et post-test sont essentielles et le sondage téléphonique est un excellent moyen de les obtenir. Le niveau d'exposition à la campagne doit également être mesuré de différentes façons et les questions suivantes doivent être posées: Est-ce que le matériel de sensibilisation a été vu? Quel pourcentage de la population a été en contact avec les outils de la campagne? Est-ce que le slogan a été retenu, compris? Est-ce que le message a changé les attitudes, les connaissances, les intentions et les comportements (Ajzen & Fishbein, 1980; Rossi & coll., 1998)?

La recension présentée plus haut a permis d'adapter à la réalité de la SPS un devis possédant une bonne partie des caractéristiques requises. Contrairement à certaines évaluations répertoriées, il a été impossible d'utiliser un groupe témoin traditionnel et donc d'effectuer la randomisation des sujets entre le groupe témoin et le groupe

expérimental. En principe, tous les Québécois étaient visés par la SPS et ils étaient ainsi susceptibles d'avoir été exposés à la campagne de sensibilisation. Dans ces conditions, il était donc impossible d'établir un devis expérimental puisqu'aucun groupe témoin n'était disponible. Valente et Saba (1998), de même que Middlestadt et coll. (1995), ont cependant utilisé dans leurs recherches les sujets non exposés à la campagne comme groupe témoin. Le devis de ces auteurs est très similaire à ce qui sera présenté plus loin dans cette recherche et ils utilisent le même modèle théorique. La recherche de Valente et Saba (1998), plus particulièrement, porte sur l'évaluation d'une campagne de sensibilisation sur la contraception en Bolivie et vise à mesurer les connaissances, les attitudes, les intentions et les comportements. Elle comporte donc certaines similitudes avec celle présentée ici. Afin de limiter les biais, ces auteurs se sont assurés que les deux groupes (expérimental et témoin) étaient comparables en vérifiant les différences éventuelles au niveau des variables démographiques (âge, sexe, religion, niveau d'éducation, capacité à lire, avec ou sans emploi).

Le devis utilisé ici (Figure 6) peut donc être qualifié de «pré-expérimental post-test avec groupe témoin non équivalent» (Boivin, Alain, & Pelletier, 2000). La mesure post-test est prise dans deux groupes (les deux niveaux de la première variable indépendante, soit les hommes exposés ou non). Le premier groupe se compose des individus qui se rappellent de la campagne et qui sont donc les «exposés». L'autre groupe est constitué des individus qui ne se souviennent pas de la campagne et devient, par conséquent, le groupe des «non exposés». Le plan de recherche considère ainsi un

groupe qui a été soumis au traitement et un groupe qui ne l'a pas été. L'évaluation se fait après le traitement et les groupes ne sont donc pas constitués sur une base aléatoire. La principale critique relativement à ce devis est l'inférence causale limitée par la possibilité que les deux groupes soient non équivalents. Afin de maximiser l'inférence causale du programme, il a été possible de comparer les deux groupes par rapport à certains facteurs démographiques: l'emploi, le niveau de scolarité et le revenu annuel. Malgré cette précaution, il n'est cependant pas certain que ces deux groupes soient comparables. Ils peuvent différer en regard de d'autres caractéristiques. Comme le groupe expérimental et le groupe témoin sont identifiés au post-test, le prétest ne sera pas requis pour vérifier les six hypothèses soumises précédemment. Toutefois, les résultats des comparaisons entre prétest et post-test seront malgré tout mentionnés plus loin (voir la section Les Analyses supplémentaires au chapitre 5).

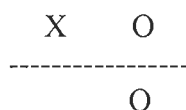


Figure 6. Plan de recherche pré-expérimental post-test avec groupe témoin non équivalent

Il est à noter que, parmi les hommes exposés à la campagne, un autre niveau a été identifié, soit le niveau d'engagement de ceux-ci à l'égard de la campagne (Krugman, 1979). Cette particularité a été relevée en identifiant ceux qui avaient déjà eu des idées suicidaires dans leur vie.

Un questionnaire administré au téléphone a été choisi comme outil de mesure. Les réponses à ce questionnaire ont permis de mesurer différentes variables dépendantes, dont celles nécessaires à la vérification des six hypothèses énoncées plus haut: 1) les connaissances en prévention du suicide, 2) les attitudes en prévention du suicide et 3) l'intention de demander de l'aide. Bien que Bouchard et Cyr (1998) soutiennent que l'administration en face-à-face serait plus rigoureuse, il a été impossible d'utiliser ce mode de passation, compte tenu que le questionnaire doit être administré dans tout le territoire du Québec. Les restrictions économiques ont forcé l'utilisation du sondage téléphonique. Notons toutefois que Donovan, Holman, Corti, et Jalleh (1997) ont relevé qu'il n'y a pas une constance quant à la préférence pour des entretiens en personne comparativement à ceux au téléphone. Leur recherche compare les deux méthodes de sondage (téléphonique et face-à-face) pour une série d'attitudes et d'intentions relatives à la santé. Les auteurs ont démontré que plus de personnes se souvenaient de certains messages promotionnels sur la santé lors du sondage téléphonique. Toutefois, pour d'autres mesures (niveau de consommation d'alcool et de cigarettes), l'entrevue en face à face générerait des résultats significativement plus élevés. Donovan et coll. (1997) affirment cependant que ces différences pourraient être le résultat de la désirabilité sociale.

Les modèles théoriques de la mesure des effets de ce programme

Le but ultime de cette campagne de sensibilisation est de réduire le nombre de personnes qui se suicident, particulièrement le nombre d'hommes dans le cas des années

1999, 2000 et 2001 puisque ce sont eux qui constituent alors la cible des campagnes. Cependant, la variation de cette mesure est difficilement observable, les statistiques officielles n'étant disponibles qu'après plusieurs années. Il est également ardu et même hasardeux de faire des liens entre la baisse ou la hausse des taux de suicide et une activité de sensibilisation antérieure. En effet, il est impossible d'avoir un contrôle sur des impondérables qui influencent éventuellement les taux. Atkin et Wallack (1990) avancent que la mesure des comportements est une mesure qui n'est pas suffisamment sensible pour observer une différence après un message. Les instruments ou les mesures doivent être plus sensibles. L'AQS s'est donc fixée, comme il a été vu plus haut, d'autres objectifs qui sont plus proximaux. En concordance avec les modèles théoriques invoqués, soit celui de Ajzen et Fishbein (1980) et de Rossi et coll. (1998), les connaissances, les attitudes, et les intentions sont donc mesurées ici.

La théorie de l'action raisonnée d'Ajzen et Fishbein (1980) sous-entend un certain contrôle volontaire de ses comportements. Ceux-ci sont déterminés essentiellement à partir des informations disponibles pour l'individu, d'où son appellation d'« action raisonnée ». L'analyse de cette information n'est pas toujours systématique ou complète, mais l'individu qui opte pour un comportement emploierait néanmoins sa raison pour y parvenir. Ce modèle vise la prédiction du comportement à partir d'un certain nombre de construits théoriques qui s'inscrivent dans une chaîne causale. Dans ce modèle, l'intention d'émettre un comportement est plus près de celui-ci que ne l'est l'attitude.

Pour ce motif, la mesure de l'intention d'émettre un comportement a une meilleure valeur prédictive que l'attitude ou la connaissance.

Atkin et Wallack (1990) allèguent qu'il faut viser le changement d'attitudes et de comportements de la cible à petits pas. Les messages doivent d'abord conscientiser par une modification des connaissances avant de viser directement un changement de comportement. Le changement doit donc se faire, dans l'ordre, au niveau des connaissances, des attitudes, puis des comportements. Pour évaluer la portée d'une campagne, en plus de vérifier les attitudes, ces auteurs proposent de mesurer les connaissances, la formation de concepts, d'objets, de rôles, le développement des perceptions ou les croyances associées aux conséquences d'un comportement. En fonction de tout ce qui précède, il a été néanmoins déterminé, essentiellement par mesure d'économie, de s'intéresser uniquement aux connaissances, aux attitudes, et aux intentions.

L'échantillon

La firme l'Échantillonneur Canada a été sollicitée afin de constituer un échantillon représentatif de la population québécoise. Elle utilise un programme d'échantillonnage aléatoire de numéros de téléphone, stratifiés géographiquement, pour l'ensemble de la population. Le logiciel, de leur propre conception, échantillonne par méthodologie « Random digital dialing » (RDD), puis vérifie dans un annuaire

téléphonique électronique chaque numéro tiré afin de répartir l'échantillon entre un sous-ensemble « Numéros Répertoriés » (NR) et un sous-ensemble « Numéros Non Répertoriés » (NNR). Les strates géographiques sont très précises et comprennent les renseignements démographiques et socio-économiques du dernier recensement (Canada, 1996). L'Échantillonneur donne sans compromis tous les avantages statistiques d'un échantillon RDD et les avantages pratiques d'un échantillon général de numéros téléphoniques répertoriés. Ceci permet de réduire jusqu'à 50% le nombre total d'appels téléphoniques à effectuer par rapport à un échantillon RDD. La validité échantillonnale apparaît donc maximale puisque l'échantillon est probabiliste (Bouchard & Cyr, 1998). Les résultats obtenus peuvent alors être généralisés à l'ensemble de la population québécoise masculine.

Dans ce cas-ci, la SPS a, comme cible de communication, les hommes et leur entourage. Cependant les interviewers se sont adressés uniquement à la cible spécifique, des hommes de plus de 18 ans, résidant au Québec et s'exprimant en français. Les appels étaient répartis dans chacune des dix-sept régions administratives du Québec, l'échantillon ayant été construit en ce sens. Afin de s'assurer du respect intégral de l'échantillonnage aléatoire et ainsi de minimiser les biais, les interviewers ont essayé de rejoindre, minimalement à quatre reprises, les sujets de l'échantillon qui ne répondaient pas à l'appel la première fois.

Les instruments de mesure

Afin de mesurer la portée de la SPS, un questionnaire téléphonique a été administré dans tout le Québec à plus de 2000 répondants masculins, soit 1000 en prétest et 1000 en post-test. Le sondage est, selon Backer et coll. (1992), le meilleur moyen de mesurer si les gens sont au courant de la campagne, s'ils ont été informés, persuadés, et s'ils ont l'intention de modifier leurs comportements. Il est possible, à partir du sondage effectué auprès d'un échantillon représentatif, d'inférer des tendances générales à partir d'observations particulières (Akoun & Ansart, 1999). Il est possible d'apprécier autant des mesures objectives (comportements) que subjectives (attitudes, opinions, valeurs).

Les mesures ont été prises en deux temps, soit une avant la SPS (prétest) et après la SPS (post-test). Un questionnaire a été élaboré spécifiquement pour ce projet. Il comporte d'abord 85 questions à être posées en prétest. Ce sont des questions d'ordre démographique, de connaissances sur les ressources en prévention du suicide, de connaissances sur les taux de suicide, sur les intentions relativement à une demande d'aide, sur les attitudes par rapport au suicide et par rapport à une demande d'aide éventuelle. Une des échelles (*Right to die*) du *Suicide Opinion Questionnaire* (SOQ; Domino, Moore, Westake & Gibson, 1982) a été intégrée au questionnaire, de même qu'une mesure sur les antécédents suicidaires et sur la détresse psychologique. Ces dernières questions sont extraites textuellement de l'*Enquête sociale et de santé 1998* (Daveluy et coll. 2000). En post-test, 30 questions ont été ajoutées au questionnaire. Il

s'agit de questions sur la rétention du message, la connaissance de la SPS, la connaissance du slogan, de l'affiche. Ce questionnaire a été employé auprès du même nombre de répondants au prétest comme au post-test. Toutefois les sujets en post-test n'étaient pas les mêmes que ceux du prétest. Dans le document présenté ici, seules les questions portant sur les connaissances (6), les attitudes (28) et les intentions (2) permettent de constituer les variables dépendantes. D'autres items sont par contre utilisés afin de constituer le groupe de sujets exposés (items 79, 81, 87, 90, et 105) et le groupe de sujets ayant présenté des idéations suicidaires (item 64). Il s'agit-là des deux variables indépendantes.

Pour la construction des items du questionnaire, une consultation a été menée auprès de l'AQS afin d'identifier les connaissances et attitudes pertinentes qui seraient effectivement véhiculées par la SPS 2000. Comme il a été mentionné plus haut, l'une des premières caractéristiques à modifier lors d'une campagne de promotion de la santé est de sensibiliser la population à la problématique et d'accroître les connaissances (Atkins & Wallack, 1990). Bien avant de vouloir changer les attitudes, les intentions et le comportement, il faut cibler les connaissances. D'ailleurs, les objectifs principaux de la SPS vont dans ce sens. Six items ont finalement été sélectionnés en fonction des connaissances qui devaient être transmises par les médias et les promoteurs. Comme nous l'avons vu précédemment, ce sont les hommes qui constituent la plus grande proportion parmi les personnes qui ont complété un suicide. En effet, sur 1351 suicides recensés en 1997, 1071 étaient le fait d'un homme, soit 79,3 % (Association québécoise

de suicidologie, 1999b). Les taux ont été similaires de 1993 à 1996. L'item 2 du questionnaire visait à mesurer si les répondants connaissaient le sexe du groupe de personnes le plus à risque de se suicider, soit les hommes. Le suicide est la première cause de décès des hommes de 15 à 39 ans (Beaupré & St-Laurent, 1998), et ce, bien que le groupe le plus touché soit constitué de ceux entre 20 et 40 ans. Les items 3 et 33 mesuraient la connaissance de ces deux états de faits. En fonction du nombre de personnes qui se sont suicidées annuellement, depuis 1993, nous retrouvons entre 3,5 et 4 personnes qui s'enlèvent la vie quotidiennement au Québec (Association Québécoise de suicidologie, 1999b). La question 4 avait pour objectif de mesurer si les hommes avaient une connaissance au moins approximative de cette réalité. Deux questions sur la connaissance des ressources en prévention du suicide ont été jointes au questionnaire puisque c'est aussi l'un des objectifs de la SPS que d'informer la population des ressources existantes. Les items 5 et 72 mesuraient donc cette connaissance. Les réponses aux questions portant sur les connaissances s'inscrivaient par des choix multiples (items 2, 3 et 4), sur une échelle Likert (item 33), par oui ou non (item 72), ou de façon ouverte (items 5). Les questionnaires se retrouvent aux Appendices A et B.

En ce qui a trait aux attitudes, l'AQS a comme visée depuis plusieurs années de modifier l'idée à l'effet que les gens ont le droit de s'enlever la vie. Pour ce motif, des items en relation avec cette attitude ont été intégrés au questionnaire. Rappelons ici que quelques chercheurs ont étudié les attitudes reliées au suicide (Domino & Su, 1994-95; Lewinsohn, & coll., 1995; Orbach, & coll., 1991). Au Québec, une seule étude s'est

arrêtée aux attitudes des adolescents en rapport avec ce sujet (Pronovost, Côté & Ross, 1990). L'AQS estime néanmoins qu'il s'agit d'un facteur important qui peut expliquer les hauts taux de suicide au Québec. Après une revue des différentes mesures des attitudes, le *Suicidal Opinion Questionnaire* (SOQ, Domino, & coll.(1982) a initialement été choisi puisqu'il semblait le mieux adapté aux besoins de l'évaluation présentée ici. Le principal objectif de cet instrument est d'analyser les facteurs dissimulés (attitudes, mythes et tabous) qui sont en lien avec le suicide. La version pilote initialement soumise aux premiers sujets avait 3000 items. L'analyse d'items a permis de retrancher ceux qui étaient répétitifs. Les items restant furent relus par des juges : intervenants d'expérience en situation de crise, psychologues ayant travaillé avec des personnes suicidaires et étudiants dans différents domaines. À partir de leurs critiques, suggestions et commentaires, une banque de 138 items fût constituée et ceux-ci ont été administré à 96 étudiants, en deux temps, avec un intervalle de six semaines entre les passations. Un questionnaire de 100 items fut finalement retenu, ces derniers ayant obtenu le meilleur résultat test-retest (environ 0,68). La version définitive du SOQ comprend huit échelles cliniques : 1) *le suicide reflète une maladie mentale*, 2) *les menaces de suicide sont fausses* (on veut attirer l'attention), 3) *le droit de mourir*, 4) *l'importance de la religion*, 5) *l'impulsivité*, 6) *le suicide est normal*, 7) *le suicide reflète l'agression, la colère*, 8) *le suicide est un acte répréhensible moralement* (traduction libre).

La validité de l'instrument a été vérifiée par Domino dans plusieurs pays (Etats-Unis, Allemagne, Chine, Taiwan, Japon, Mexique) et avec différentes populations (Domino, 1996).

La version anglaise du SOQ a été traduite en français par Veilleux (1989). Celle-ci a déjà été mise à profit au Québec (Ross, 1992). Cette version comporte 64 items. Avant d'avoir recours à ce questionnaire pour le sondage, il a été soumis à des étudiants en avant projet, le but étant de s'assurer de sa pertinence dans une population québécoise. Les 132 répondants ont répondu deux fois au SOQ soit avant la SPS de février 1998 et après celle-ci. Il s'agit de 45 hommes et 87 femmes étudiant en techniques policières au CEGEP de Trois-Rivières ou en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Une analyse de chacune des huit échelles a été effectuée en fonction du sexe des répondants (Tableau 1). Seule la sous-échelle 3 «*Droit à mourir*» a été retenue pour être incluse dans le sondage téléphonique de février 2000 même si, en 1998, les résultats avaient été plus élevés au post-test (ce qui n'est pas l'objectif de la SPS) et que la différence n'était pas tout à fait significative pour les hommes. Ce dernier aspect pouvait, en effet, être dû à la petitesse de l'échantillon

Tableau 1

Différences au SOQ entre le prétest et le post-test (février 1998)

Sous-échelles du SOQ	N items	Tous		Hommes		Femmes	
		132 sujets		45 sujets		87 sujets	
		t	p	t	p	t	p
1. Maladie Mentale	13	-0,63	,530	-0,41	,687	-0,48	,633
2. Menaces de suicide sont fausses	12	-2,83	,005	-1,08	,288	-2,81	,006
3. Droit de mourir	8	2,3	,023	1,88	,066	1,47	,145
4. Religion et suicide	7	-0,18	,859	-0,48	,635	0,28	,784
5. Impulsivité	7	-1,83	,069	-2,05	,046	-0,82	,412
6. Normalité du suicide	7	0,38	,707	-0,54	,593	1,13	,263
7. Agression et colère	6	-2,61	,010	-0,91	,369	-2,63	,010
8. Suicide est moralement mauvais	4	1,35	,180	2,73	,009	-0,68	,501

ont été influencés par le message d'interdiction sociale véhiculée par la SPS. Depuis plusieurs années, l'AQS essaie de modifier cette attitude qui veut que les gens aient le droit de se suicider. Les huit items de cette sous-échelle se retrouvent aux questions 56 à 63 du questionnaire (Appendice A). Chaque item de la sous-échelle amène une réponse située entre 1 et 5 (échelle de type Likert). Le répondant a le choix parmi les réponses suivantes : (1) totalement d'accord, (2) en accord, (3) indécis, (4) en désaccord, (5) totalement en désaccord.

Par ailleurs, la sous-échelle 5 «*Impulsivité*» suggère, en fonction de la définition de Domino et Su (1994-95), que le suicide et les gestes suicidaires sont de nature impulsive. Cela suppose donc que le suicide n'est pas un geste planifié, mais impulsif. Cette sous-échelle n'a pas été retenue (malgré les différences significatives pour les hommes) parce que, même si l'AQS voulait promouvoir l'idée que le comportement suicidaire est impulsif (et qu'elle devrait justement intervenir pour laisser le temps à l'individu de trouver de l'aide), elle veut aussi promouvoir l'idée que le comportement suicidaire est moyennement planifié et donc décelable préalablement chez l'individu suicidaire. Une augmentation des résultats à cette sous-échelle est visée, mais jusqu'à un certain point seulement. Il serait donc difficile de quantifier et d'interpréter l'amélioration souhaitée, d'où sa difficulté d'utilisation. Une autre des échelles présentant un écart entre prétest et post-test a été éliminée, soit 8 «*Le suicide est un acte répréhensible moralement*». Les énoncés associés à cette sous-échelle, tels que présenté par Domino et Su (94-95), reflètent l'opinion que le suicide sous-tend une largesse au plan de la morale personnelle. Cette sous-échelle de quatre items n'a pas été retenue, et ce, même si elle amenait des différences significatives chez les hommes en 1998. Ici, la différence avait été très significative entre le prétest et le post-test, le résultat étant plus élevé en post-test. Cela constituait donc un résultat désiré suite à la SPS. Néanmoins un des items de l'échelle avançait qu'«il ne faudrait pas enterrer les suicidés dans le même cimetière que les autres», ce qui est apparu anachronique et inapproprié en l'an 2000. Les autres sous-échelles (1, 2 , 6 et 7), ne variant pas de façon significative pour les hommes

entre le prétest et le post-test, n'ont pas été retenues. Par ailleurs, il est important de souligner que l'expérimentation du SOQ en 1998 comportait bien des lacunes. Outre la petitesse et la non représentativité de l'échantillon, elle ne distinguait pas les sujets qui avaient été exposés ou non à la SPS. Les différences observées entre les attitudes avant et après la campagne pouvaient donc être attribuées à bien des causes. D'où, finalement, le peu de poids accordé à cet exercice exploratoire et le rejet de sept des huit échelles du SOQ.

D'autres échelles ou questionnaires recensés sur les attitudes face au suicide (autre que le SOQ) ont aussi été écartés pour les mêmes motifs de pertinence. Finalement, la création de nouveaux items est nécessaire devant la spécificité des attitudes véhiculées par la campagne 2000. Il en est ainsi des nouveaux items 7, 10, 31, et 35 qui ont été ajoutés aux items 56 à 63 pour évaluer plus amplement les interdictions liées au passage à l'acte suicidaire.

Une autre attitude que la SPS 2000 voulait faire adopter est celle qui sous-entend qu'un homme a le droit de souffrir et qu'il a donc le droit de demander de l'aide. Ainsi, le slogan de la SPS 2000, « La souffrance n'a pas de genre...pourtant 80% des suicides sont commis par des hommes », voulait modifier la croyance à l'effet qu'un individu de sexe masculin ne doit pas souffrir et ne peut démontrer sa souffrance. La « sursuicidité » masculine au Québec peut s'expliquer par plusieurs facteurs mais le postulat à l'effet que la socialisation des hommes est à l'origine de cet état de fait a été l'une des pierres

angulaires de la campagne de 2000 (AQS, 1999a; Charbonneau, & Houle, 1999). Ainsi, les items 8, 9, 11, 32, et 34 visent à s'enquérir de la modification de l'attitude «droit d'éprouver et de démontrer sa souffrance». Les questions 18, 19, 20, 22 à 28 et 30 mesurent quant à elles, la propension des hommes à demander de l'aide. La conception de ces dernières questions est inspirée notamment de Dulac (1997).

Finalement, pour ce qui est de l'intention de demander de l'aide avant de poser un geste suicidaire, la formulation de la question a été inspirée de la méthode classique et directe d'Ajzen et Fishbein (1980). Il s'agit de l'item 13 du questionnaire. Un autre item (14) a aussi été ajouté en vue de mesurer la probabilité de la demande d'aide éventuelle. Il s'agit d'une échelle Likert pour laquelle les valeurs se situent entre 0 et 10.

Tous les nouveaux items (excluant donc ceux extraits de l'échelle 3 du SOQ) ont été soumis à trois experts en prévention du suicide, ainsi qu'à un expert en marketing. Après une première correction, des modifications furent apportées. À la deuxième lecture des experts, une deuxième modification a été réalisée. Ensuite, le questionnaire a été soumis au téléphone à dix répondants, toujours avec l'intention d'en accroître la validité, tel que recommandé par exemple par Akoun et Ansart (1999).

Le déroulement du sondage

Une formation d'une heure trente a été offerte aux interviewers avant le sondage. Le but de celle-ci était de standardiser le déroulement des appels faits aux participants. L'aide d'une pigiste travaillant dans le domaine des sondages a été sollicitée afin de nous conseiller sur les meilleures pratiques à ce niveau. La formation offerte comportait une lecture du questionnaire, des consignes et des messages d'introduction et de conclusion. En effet, les interviewers avaient la directive d'utiliser le même mot d'introduction et de conclusion. Ceux-ci devaient obligatoirement lire les questions telles qu'elles avaient été formulées, et ce, afin d'uniformiser la procédure, évitant ainsi les variations dues aux particularités introduites par le nombre élevé d'interviewers.

Toujours afin d'éliminer les biais et variations, s'il y avait plus d'un homme ayant plus de 18 ans dans la maison, les interviewers devaient choisir d'interroger celui dont la date de naissance était à venir et la plus rapprochée de la date du sondage. C'est une pratique usuelle dans les méthodologies de sondage et elle a également été mise à profit par Donovan, Holman, Corti, et Jalleh (1997).

Comme la SPS s'est tenue du 13 au 19 février 2000, le prétest a eu lieu du 2 au 9 février 2000, tandis que le post-test s'est déroulé du 23 février au 3 mars 2000. Les appels ont été réalisés en soirée, entre 17:00 et 21:00 et en fin de semaine, entre 11:00 et 17:00. Quarante-deux interviewers ont été requis, au total, pour réaliser ces entretiens

téléphoniques. Les appels ont été effectués à partir du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) de l'UQAM et du département de psychologie de l'UQTR. Les interviewers étaient supervisés à Montréal et à Trois-Rivières, au prétest comme au post-test. La superviseure locale avait, entre autres fonctions, de répondre aux questions et préoccupations des interviewers pour standardiser le mode de fonctionnement. Les deux superviseures communiquaient entre elles constamment afin d'uniformiser les pratiques. Chaque appel avait une durée de 25 à 45 minutes. La provenance réelle et exacte des répondants se retrouve au Tableau 2, sans que la pondération ultérieure (pour fins d'analyses) n'ait encore été appliquée.

Tableau 2
Répartition des répondants par région géographique (avant pondération)

Régions géographiques	No	Nombre de répondants			
		Prétest		Post-test	
Bas St-Laurent	01	53	4,9%	29	2,9%
Saguenay –Lac St-Jean	02	67	6,1%	39	3,9%
Québec	03	84	7,7%	63	6,3%
Mauricie	04	67	6,1%	63	6,3%
Estrie	05	55	5%	42	4,2%
Montréal	06	117	10,7%	118	11,8%
Outaouais	07	53	4,9%	40	4%
Abitibi-Témiscamingue	08	51	4,7%	34	3,4%
Côte-Nord	09	45	4,1%	34	3,4%
Nord-du-Québec	10	17	1,6%	10	1%
Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	11	37	3,4%	25	2,5%
Chaudière-Appalaches	12	66	6,1%	44	4,4%
Laval	13	61	5,6%	72	7,2%
Lanaudière	14	66	6,1%	81	8,1%
Laurentides	15	69	6,3%	70	7%
Montréal	16	125	11,5%	194	19,4%
Centre-du-Québec/Bois-francs	17	57	5,2%	40	4%
TOTAL		1090	100%	998	100%

Les résultats administratifs et les taux de réponses au sondage

Pour des raisons techniques, il a été impossible de comptabiliser avec précision le taux de réponses enregistré durant le sondage téléphonique du post-test. Toutefois, le Tableau 3 présente les résultats au prétest tel qu'ils sont habituellement présentés dans les normes. Ils constituent une estimation assez juste du post-test puisque le prétest et le post-test ont été réalisés dans des conditions très similaires. Considérant qu'il y a eu 1090 entrevues complétées et qu'il y a eu 1446 refus (1415 refus dès le départ et 31 refus de continuer), le taux de participation est donc de 43% (1090/2536).

Après leur compilation, les résultats furent pondérés sur la base des statistiques du recensement de 1996, afin de refléter la distribution de la population québécoise dans les différentes régions.

D'un point de vue statistique, un échantillon de cette taille (N=1000) est précis à 3 points, près 19 fois sur 20 (95%).

Tableau 3

Résultats administratifs et taux de réponses au prétest

	n	
ÉCHANTILLON INITIAL	9699	
1)pas de service	1222	
2)non résidentiel	401	
A. Total non valide	1623	
<u>Hors échantillon</u>		
1) problème de langue	293	
2)Non admissible ou non qualifié (moins de 18 ans/ femme/ saoul, personne en danger)	1758	
B. Total hors échantillon	2051	
ÉCHANTILLON FINAL (A+B)	6025	
Entrevues non complétées		
Pas de réponse	943	
Répondeur	655	
Occupé	199	
C.Total non validé	1797	
Refus	1415	
Refus de la personne de continuer l'entrevue (Incomplet)	31	
Non disponible (Ex : vacances prolongées)	256	
Rendez-vous fixé	Sans objet	
Absence du répondant (quelqu'un est à la maison mais l'homme qui pourrait répondre au questionnaire n'est pas là)	469	
D. Total non complété	2171	
E. Entrevues complétées	1090	
TAUX D'ADMISSIBILITÉ (TA)	$\frac{2171+1090}{2051+2171+1090}$	=0,61
	$\frac{D+E}{B+D+E}$	
TAUX DE RÉPONSE (TR)		
	$\frac{E}{C(TA) + D + E}$	=25%
	$\frac{1090}{(1797 \times 0,61) + 2171 + 1090}$	

L'éthique

Les interviewers ont reçu des consignes relativement aux individus qui auraient pu présenter des idéations suicidaires au moment des appels téléphoniques. À cet effet, les interviewers avaient la possibilité d'interrompre le questionnement. Ils avaient aussi comme consigne de référer les cas problématiques à la superviseure. La superviseure avait le mandat de recontacter les personnes présentant une détresse élevée afin de s'enquérir des risques suicidaires. Cependant, il n'a pas été nécessaire de faire ce genre d'intervention. Il a été convenu avant le début du prétest que les interviewers donneraient le numéro de téléphone et le nom de la ressource en prévention du suicide de leur région ainsi que le numéro de la ligne d'écoute en cas de besoin (Tel-aide) à chaque personne ayant répondu au questionnaire en totalité ou en partie. Ces différentes dispositions à l'égard des répondants ont été prises afin de minimiser la possibilité de provoquer de la détresse et, éventuellement, des comportements auto-agressifs chez les répondants.

Pour ce qui est des interviewers, ils avaient été mis au courant par leur superviseure que certains appels pourraient susciter chez eux des émotions en raison notamment des questions portant sur les antécédents suicidaires. Il leur avait été offert de parler de ces cas ou situations aux superviseures qui, elles, étaient des étudiantes aux études avancées en psychologie. Ils avaient également la possibilité d'appeler le responsable du projet qui a une formation doctorale en psychologie et une grande expérience en prévention du suicide. Relativement aux interviewers, il est en effet

important de limiter l'impact émotif d'une exposition vicariante aux différents scénarios de tentatives de suicide.

Par ailleurs, les aspects déontologiques du projet ont été approuvés par le Comité d'éthique de l'UQTR. Quant à l'ensemble du projet, il faut rappeler aussi qu'il avait reçu l'aval de l'AQS et des organismes subventionnaires (MSSS et Fond de Recherche en santé du Québec).

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

La réduction des données

Outre la pondération régionale des résultats, plusieurs transformations ont été nécessaires à la banque de données pour ce qui est des questions de connaissances et d'attitudes. Ces transformations visaient essentiellement à faciliter l'interprétation ultérieure des résultats. Les deux items mesurant l'intention de demander de l'aide n'ont cependant fait l'objet d'aucune modification.

Quant aux questions portant sur des connaissances, trois items ont été modifiés. La question 33 a ainsi été recodifiée: une réponse inscrite entre 0 à 5 sur l'échelle Likert a été inscrite comme une mauvaise réponse, tandis qu'une inscrite entre 6 et 10 a été considérée comme une bonne réponse. À l'item 5, les ressources d'aide formelles (professionnelles) et informelles (famille, relations) ont été considérées comme des bonnes réponses. Les individus obtenaient un pointage en fonction du nombre de ressources identifiées (0 pour aucune ressource, 0,2 pour 1 ressource, 0,4 pour 2 ressources, 0,6 pour 3 ressources, 0,8 pour 4 ressources et 1 pour 5 ressources). À la question 4, la réponse exacte devait se situer entre 3,5 et 4. Cette question présentait cependant un trop grand niveau de difficulté, peu d'individu l'ayant réussie. La difficulté a été diminuée en acceptant, comme bonne réponse, un chiffre entre 2 et 6 comme étant la moyenne quotidienne d'individus qui se suicident au Québec.

Quant aux questions portant sur les attitudes, nous avons dû procéder à des transformations pour intégrer harmonieusement les items de l'échelle originale de Domino avec celle que nous avons construite spécifiquement pour le sondage. Comme les choix de réponses de notre échelle s'échelonnaient entre 0 et 10, alors que ceux de Domino s'étaient étalés entre 1 et 5, nous avons transformé les différentes réponses comme suit: 1 au SOQ correspond à 10 à la nouvelle échelle; 2 équivaut à 8,25; 3 à 5,5; 4 à 2,75 et 5 à 0.

Dans cette transformation, les scores ont également dû être inversés puisque la nouvelle échelle était inversée par rapport à celle de Domino. Pour la nouvelle, 0 correspondait donc à un «désaccord» et 10 correspondait à un «accord», tandis que pour Domino, «totalement d'accord» était 1 et «totalement en désaccord» 5.

Suite à une analyse de corrélation pour les items, à l'aide de statistiques non paramétriques, deux items ont été retranchés. Il s'agit des items 21 et 29 de l'une des échelles d'attitude, soit «*Le droit à une demande d'aide*». Aucun des items de l'échelle de Domino n'a été retiré suite à cet exercice.

Suite à la réduction de données, quatre échelles ont donc pu être constituées. La première comporte un pointage moyen de chaque sujet aux six questions de connaissances. Les trois échelles suivantes portent sur des attitudes. L'une porte sur l'attitude «*Le suicide est interdit*». Une autre porte sur la croyance à l'effet que les

hommes ont le droit d'éprouver de la souffrance. La dernière vise à mesurer l'attitude quant au droit de demander de l'aide de la part des hommes.

Le pourcentage de réponses positives (oui) et négatives (non) a été comptabilisé à la question mesurant l'intention de demande d'aide dans l'éventualité d'idées suicidaires. Cette première question a été utilisée comme filtre pour la suivante qui mesurait la probabilité de demander réellement de l'aide dans l'éventualité que le suicide soit envisagé. Il s'agit dans ce dernier cas d'une moyenne recueillie à partir d'une échelle Likert.

Après vérification de l'échantillon, deux questionnaires ont dû être retirés parce l'âge des répondants ne correspondait pas au minimum qui avait été fixé (18 ans). Lors de la transformation des données, deux autres sujets ont dû être enlevés en raison du trop grand nombre de réponses que les interviewers avaient enregistrées pour eux. En effet, la limite de réponse à donner à l'item 5 était de 5 alors que ces deux sujets avaient 6 et 10 réponses.

L'analyse des données

Dans cette section, les résultats des comparaisons (quant aux connaissances, attitudes et intentions) entre les hommes exposés à la campagne et ceux ne l'ayant pas été seront présentés. Ensuite, suivront des comparaisons entre les hommes ayant eu des

idéations suicidaires et ceux n'en ayant pas eu. Pour les résultats enregistrés sur des échelles de type Likert (connaissances et attitudes, probabilités de demander de l'aide), les différences de moyennes ont été vérifiées à l'aide du test-t. Le chi-carré a été utilisé pour mesurer les différences au niveau de l'intention de demander de l'aide de la part des hommes.

Les sujets exposés à la campagne

Comme nous l'avons vu plus haut, 43 % des hommes interviewés se rappellent avoir été «exposés» à la campagne. Le groupe expérimental a cependant été constitué à partir d'un critère plus probant d'exposition, soit une réponse favorable à deux questions mesurant plus précisément l'exposition. Afin de contrer l'effet de désirabilité sociale habituel et s'assurer d'une réelle exposition à la campagne, seuls les sujets ayant répondu positivement à la question «Avez-vous entendu parler de la SPS 2000 (item 79)?» et favorablement à l'une des questions relatives aux outils ou moyens promotionnels [«Avez-vous vu l'affiche représentant la SPS (item 81)?; Avez-vous vu le message télé relativement à la SPS (item 87)?; Avez-vous entendu le message à la radio (item 90)?; Qui était le porte-parole de la SPS (item 105)?»], ont été retenus dans le groupe expérimental. Avec ce critère restrictif, 19% des hommes du post-test constituent le groupe expérimental. Telles que mentionné plus haut, les données ont également été pondérées, avant les analyses, en fonction du pourcentage de la population de chaque région du Québec. En conséquence de cette pondération, le nombre de sujets indiqué

dans les tableaux suivants n'indique pas le nombre de sujets réellement interviewés (et déjà rapporté au Tableau 2).

Par ailleurs, avant toute analyse des résultats, l'équivalence des deux sous-groupes, hommes exposés et non exposés, a été vérifiée en fonction des variables de scolarité, d'emploi et de revenu. Les groupes ne présentent pas de différence significative au test statistique de Mann-Whitney. Une fois cette équivalence démontrée, il devenait justifié de poursuivre les analyses en regard des variables dépendantes déjà identifiées: connaissances, attitudes et intention.

Les connaissances (hypothèse 1). Au post-test, les sujets exposés présentent un pointage moyen à l'échelle de connaissances plus élevé que ceux qui rapportent ne pas avoir été exposés à la campagne (Tableau 4) Cette différence est significative statistiquement et l'hypothèse 1 se trouve ainsi confirmée.

Les attitudes (hypothèse 2). Les sujets exposés ne présentent pas de résultats significativement plus élevés aux échelles d'attitudes comparativement aux sujets non exposés. Deux attitudes sur trois, soit «*Le suicide est interdit*» et «*Le droit à la souffrance*», présentent même des scores moyens un peu plus faibles pour les sujets exposés, mais sans que ce soit significatif. Quant à l'autre échelle d'attitude, «*Le droit de*

Tableau 4

Comparaison des résultats des hommes exposés ou non quant aux connaissances et attitudes

Échelles	Exposés N=190	Non exposés N=830	t	
Connaissances	0,76 (0,30)	0,68 (0,36)	2,93	**
Attitude « <i>Le suicide est interdit</i> »	5,03 (1,1)	5,13 (1,82)	-1,17	
Attitude « <i>Le droit à la souffrance</i> »	7,3 (1,45)	7,33 (1,57)	-0,25	
Attitude « <i>Le droit de demander de l'aide</i> »	7,23 (1,58)	7,06 (1,61)	1,28	

Note: Les résultats sont exprimés en termes de moyennes (avec les écarts-type entre parenthèses)

**p<,01

demande de l'aide», la moyenne des sujets exposés est plus élevée, mais cette différence est non significative (Tableau 4). L'Hypothèse 2 est donc confirmée.

L'intention relativement à une demande d'aide éventuelle (hypothèse 3). Il y a un peu plus de sujets exposés, comparativement aux sujets non exposés, qui ont l'intention de demander de l'aide (voir Tableau 5). Cette différence est cependant non significative et l'hypothèse 3 est infirmée. Ces deux groupes de sujets ne diffèrent pas non plus quant aux probabilités de demander de l'aide avant de se suicider. L'analyse révèle que les sujets exposés (M:7,67; ÉT:2,52) obtiennent une moyenne semblable à celle du groupe non exposé (M:7,80; ÉT:2,51), $t(670) = -0,54$, $p > 0,05$.

Tableau 5

Comparaison des résultats des hommes exposés ou non
quant à l'intention de demander de l'aide

Intention de demander de l'aide	Exposés	Non exposés	dl	X ²
OUI	67% (N=126)	63,7% (N=525)	1	,73
NON	33% (N=62)	36,3% (N=299)	1	

Les sujets exposés ayant présenté des idéations suicidaires au cours de leur vie

Parmi les sujets exposés à la campagne de sensibilisation (soit 19% du post-test), 7% ont dit avoir eu des idéations suicidaires au cours de leur vie. Il s'agit des individus qui ont répondu positivement à l'item 64 du questionnaire. «Dans votre vie, vous est-il arrivé de penser sérieusement à vous suicider (à vous enlever la vie) en prévoyant un moyen pour le faire?»

Les connaissances (hypothèse 4). Les résultats moyens à l'échelle des connaissances pour les individus ayant présenté des idéations suicidaires ne diffèrent pas de façon significative de ceux des sujets sans idéations. D'ailleurs, ceux sans idéations suicidaires présentent même un score moyen légèrement plus élevé (Tableau 6). L'hypothèse 4 est donc infirmée.

Tableau 6

Comparaison des résultats des hommes avec idéations suicidaires ou non quant aux connaissances et aux attitudes

	Avec idéations N= 45	Sans idéations N= 145	t
Connaissances	0,75 (0,34)	0,76 (0,29)	-0,28
Attitude « <i>Le suicide est interdit</i> »	5,17 (,99)	4,98 (1,13)	0,99
Attitude « <i>Le droit à la souffrance</i> »	7,36 (1,54)	7,3 (1,42)	0,30
Attitude « <i>Le droit de demander de l'aide</i> »	7,15 (1,73)	7,26 (1,53)	-0,4

Note: Les résultats sont exprimés en termes de moyennes (avec les écarts-type entre parenthèses).

Les attitudes (hypothèse 5). Les individus présentant des idéations suicidaires obtiennent des pointages moyens supérieurs à deux des trois échelles portant sur les attitudes («*Le suicide est interdit*» et «*Le droit à la souffrance*»). Les différences ne sont toutefois pas significatives. Le score moyen à l'échelle «*Le droit de demander de l'aide*» est plus élevé pour les individus sans idéations comparativement aux sujets avec idéations. Cette différence n'est toujours pas significative. L'hypothèse 5 est donc confirmée.

L'intention relativement à une demande d'aide éventuelle (hypothèse 6). Les hommes exposés, ayant eu des idéations suicidaires au cours de leur vie, ne présentent pas une

Tableau 7

Comparaison des résultats des hommes avec idéations suicidaires ou non quant à l'intention de demander de l'aide

Intention de demander de l'aide	Avec idéations	Sans idéations	df	X ²
OUI	54,5% (N=24)	70,6% (N=101)	1	3,93 *
NON	45,5% (N=20)	29,4% (N=42)	1	

*p< .05.

intention plus grande de demander de l'aide avant de s'enlever la vie. Au contraire, les résultats (Tableau 7) indiquent que ce sont les hommes sans idéations qui ont l'intention de demander de l'aide. Les différences sont significatives entre les groupes. L'hypothèse est infirmée. Ces deux groupes de sujets, avec et sans idéations, ne démontrent toutefois pas de différence significative en ce qui a trait aux probabilités de demander de l'aide avant de se suicider. L'analyse révèle que les sujets avec des idéations suicidaires au cours de leur vie (M:7,72; ÉT:2,56) obtiennent une moyenne semblable à celle du groupe sans idéations (M:7,66; ÉT:2,49), $t(126) = 0,10$, $p > ,05$.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

L'interprétation des résultats

La discussion de cette partie est structurée en fonction des deux variables indépendantes: l'exposition à la campagne de sensibilisation et le niveau d'engagement par rapport à celle-ci. Pour chacune des deux variables, les hypothèses seront traitées les unes à la suite des autres.

La variable «exposition à la campagne»

Au point de départ, une réserve peut être émise en ce qui a trait au fait de prendre comme groupe témoin les individus non exposés à la campagne. Ceux qui disent se rappeler avoir vu ou entendu le message de la SPS peuvent ne pas avoir été réellement exposés. Inversement, ceux qui répondent ne pas avoir été exposés peuvent tout de même avoir vu l'affiche, le message ou entendu le message à la radio et ne pas s'en souvenir. Comme toute la population québécoise a été théoriquement exposée, ce biais méthodologique peut exister. Cela implique que certains «exposés» ne l'ont pas été et auraient pu imaginer le matériel promotionnel répondant ainsi moins favorablement aux items. En contre partie, les sujets qui disent ne pas avoir été exposés pourraient l'avoir été tout de même sans s'en rappeler. Leurs résultats pourraient donc être meilleurs puisqu'ils auraient emmagasiné certaines informations inconsciemment. Les groupes expérimental et témoin ne seraient donc pas aussi «étanches» qu'il serait souhaitable.

Afin de palier à un biais de non équivalence entre les deux groupes, ils ont été comparés quant au niveau de scolarité, au type de travail et au revenu personnel. Aucune différence significative n'est apparue mais, malgré cette précaution, il est toutefois possible que les deux groupes diffèrent quant à d'autres caractéristiques.

Il est probable également que les réponses aux items «exposition» à la campagne aient été soumises au biais de désirabilité sociale. Celle-ci est définie par Sabourin, Valois et Lussier (1998) «...comme cette tendance des individus à répondre aux questions d'une manière socialement approuvée...» (p. 278). Selon Paulhus (1984, 1986), cité dans Sabourin et coll., il existe deux facteurs distincts permettant de décrire ce concept de désirabilité sociale, soit l'autoduperie et l'hétéroduperie. L'autoduperie implique une méconnaissance de soi, tandis que l'hétéroduperie suggère «...la tendance à présenter une image favorable de soi à autrui...» (Sabourin et coll., 1998, p. 278). Un biais relativement à l'hétéroduperie a pu s'infiltrer dans les résultats. Néanmoins, une grande attention avait été apportée à cet aspect en précisant à plusieurs reprises les consignes d'anonymat et de confidentialité. Malgré ce fait, il est fort probable que certains hommes interviewés aient voulu plaire à l'intervieweur en avançant qu'ils avaient eu connaissance de la SPS 2000. Il est en conséquence possible que le niveau d'exposition de 19% soit surévalué. Afin de vérifier ce qui précède, un item du questionnaire visait à s'enquérir plus particulièrement de cet aspect de désirabilité sociale. Il s'agit de l'item 86 dans lequel une description d'une affiche fictive illustrant la SPS est

décrite. Les hommes ont répondu dans une proportion de 4,3% qu'ils avaient vu cette affiche alors qu'elle n'a jamais existé. En ce qui a trait à la véritable affiche illustrant la SPS (mesuré par l'item 81), 4,8% des hommes ont répondu qu'ils l'avaient vu. En faisant le calcul et à partir de ces chiffres, l'estimation de l'exposition réelle à la campagne 2000, du moins par l'affiche, peut être réduite considérablement. Il aurait été envisageable de créer des questions fictives pour chacun des modes d'exposition (message radio, vidéo, porte-parole). Toutefois, cette pratique aurait prolongé la durée de chaque entretien téléphonique et aurait diminué le nombre de sujets consentants. Un choix a donc été fait de ne pas inclure de telles questions. Une autre méthode aurait pu convenir pour s'enquérir du degré d'exposition réel à la SPS, soit d'inclure, au moment du prétest, les mesures d'exposition à la campagne. En faisant la différence des niveaux d'expositions entre le prétest et le post-test, il aurait été possible d'arriver à un résultat plus réaliste et presque exempt du biais de désirabilité sociale quant à l'exposition à la campagne. C'est toutefois une pratique qui n'a pas été retrouvée fréquemment dans les évaluations recensées, seules celles de Booth et coll. (1992), Campion et coll. (1994), ainsi que Osler & Jespersen (1993) ayant procédé de la sorte. Ce point fait d'ailleurs l'objet de l'une des critiques formulées quant aux devis de recherche utilisés pour mesurer les campagnes de sensibilisation (Elliott & Shanahan Research, 1993; Delhomme et coll., 2000).

L'hypothèse 1. La première hypothèse est confirmée. La différence est nettement significative entre les hommes exposés à la campagne de sensibilisation et ceux non exposés. Les hommes exposés affichent une moyenne globale plus élevée que les

hommes non exposés. Les résultats vont dans le même sens que ce qui a été amené par Atkin et Wallack (1990), Elliott et Shanahan Research (1993) et Rossi et coll. (1998). En effet, l'augmentation des connaissances, et par conséquent la conscientisation par rapport à un problème, est la première étape qui conduira au changement des attitudes et, il est espéré, à l'émission d'un nouveau comportement (demander de l'aide au lieu de s'enlever la vie). D'autres études qui ont été recensées démontrent une modification des connaissances ou une conscientisation à la problématique suite à une campagne de sensibilisation (Campion & coll., 1994; Fleming & coll., 1997; Hausman, & coll., 1995; Marcus & coll., 1998; Middlestadt & coll., 1995; Sundel & Schanie, 1978).

Les résultats obtenus au niveau des connaissances pourraient donc nous permettre d'avancer que la SPS a eu un impact sur le niveau de conscientisation des hommes du Québec par rapport au suicide. Pendant la SPS 2000, aucune autre campagne de sensibilisation ne se déroulait, campagne qui pourrait avoir influencé les résultats des hommes lors du sondage. Par contre, les sujets ayant été capables de répondre aux questions de connaissances sur la problématique du suicide pourraient s'être questionnés sur l'origine de ces connaissances. Ainsi, ils auraient pu faire un lien erroné entre leurs connaissances et la SPS. Un individu qui a des connaissances cherche à se souvenir où ils les a acquises. Comme dans le déroulement de l'entretien téléphonique les questions de connaissances sont posées avant les questions reliées à l'exposition, un tel biais a donc pu être induit sous l'effet de l'ordre des items.

Néanmoins, malgré ces restrictions, il est raisonnable de présumer que c'est la SPS qui a causé cette augmentation des connaissances. Les résultats observés ici correspondent donc à ce qui était prévisible dans le modèle théorique du programme qu'est la SPS (Rossi & coll., 1998).

L'hypothèse 2. L'hypothèse 2 s'est également confirmée. Certaines tendances sont observées dans les résultats aux trois échelles d'attitudes, mais elles sont difficilement interprétables, compte tenu notamment de leur faible ampleur. Soulignons que l'hypothèse 2 ne prévoyait pas d'effets significatifs, au niveau du changement d'attitudes, parce que la SPS n'a pas l'intensité pour ce faire, que ce soit en termes de temps comme de moyens investis. La présomption était que des connaissances (plus superficielles) peuvent être modifiées par une campagne de faible intensité, mais pas des attitudes (plus profondes). Ces résultats sont néanmoins surprenants, compte tenu que les responsables de cette évaluation ont pu s'attendre à de meilleurs résultats (même s'ils étaient marginaux) pour les hommes exposés. Comme il a été vu dans le contexte théorique, plusieurs études démontrent une modification positive et significative des attitudes suite à une campagne de sensibilisation (Campion, & coll., 1994; Fleming, & coll. 1997; Hausman, & coll., 1995; Marcus, & coll. (1998); Middlestadt, & coll., 1995; Paykel, & coll., 1997; Ressler & Toledo, 1998; Sundel & Schanie, 1978). Bien que l'hypothèse signalait que les différences ne seraient pas significatives, il était espéré que les hommes exposés partageraient davantage les attitudes véhiculées par la SPS. Rappelons tout de même ici que certaines études répertoriées affichent des résultats autant positifs que

négatifs quant aux changements d'attitudes (Sundel & Schanie, 1978; Ressler & Toledo, 1998). Il pourrait donc s'agir ici de difficultés à livrer, de façon bien compréhensible, un message complexe et dérangeant. Les concepts associés à certaines campagnes de sensibilisation (VIH, prévention du suicide) sont effectivement difficiles à livrer clairement. C'est un des défis que soulèvent Kotler et Andreasen (1996) à propos des campagnes de sensibilisation.

Par ailleurs, est-ce que le message qui a été livré, par l'entremise des outils de sensibilisation et des activités médiatiques, faisait bien la promotion des attitudes qui ont été identifiées par l'équipe de l'AQS et donc mesurées par la suite? Il a été dit plus haut qu'environ 400 promoteurs se sont procurés et ont diffusé le matériel de sensibilisation. Malgré une coordination offerte à l'AQS par le biais de communiqués à ces derniers, comment ceux-ci ont-ils compris et retransmis le message par la suite dans les milieux où ils interagissent? Il est possible qu'il y ait eu un écart entre les attitudes identifiées au départ et celles qui ont été véhiculées dans les faits. Quant au public qui a reçu le message ciblé sur le changement d'attitude, on peut se demander s'il a bien perçu et bien compris ce qui était véhiculé. Il a été dit que cette année-là, exceptionnellement, le matériel promotionnel n'a pas fait l'objet d'un testing préalable auprès de la population cible. En effet, à cause de contraintes de temps, le matériel n'a pas été soumis pour discussion à des groupes d'hommes afin de savoir si le message s'adressait bien à eux et s'il était compris de la façon qui était souhaitée. Il est alors vraisemblable que le message puisse avoir été compris autrement.

D'autre part, l'élaboration d'items mesurant les attitudes est aussi un défi considérable. Ceux qui ont été élaborés ou importés du SOQ mesurent-ils vraiment les attitudes véhiculées par la SPS? Sont-ils rédigés de la bonne façon: une idée à la fois, non ambigus, sans redondance? Sont-ils suffisamment opposés, extrêmes, radicaux dans les deux sens: favorables au suicide et défavorables (Fishbein & Ajzen, 1975; Lafrenaye, 1994)? À cet égard, des précautions avaient été prises en s'assurant deux relectures par divers experts en la matière. En dépit de cette disposition, le questionnaire n'a pas été soumis à une validation formelle (Fortin, & coll., 1988). À ce moment-ci, en terme de validité de contenu, il n'est pas possible de savoir si les attitudes ont bien été évaluées par les items. Nous aurions pu, en avant projet, faire une analyse d'items et sélectionner seulement ceux qui démontraient une consistance interne suffisante. Cette démarche, rappelons-le, a néanmoins été effectuée durant la phase de réduction des données.

Quant à l'utilisation d'échelles de type Likert, il s'agit de la méthode la plus adéquate pour mesurer les attitudes. Toutefois, traditionnellement, ce type d'échelle inclut cinq intervalles (1 à 5), de «fortement en désaccord» à «fortement en accord» (Fishbein & Ajzen, 1975; Lafrenaye, 1994). Les items construits spécifiquement pour le sondage comportent 11 intervalles (0 à 10). Cependant, il serait surprenant que ces différences aient amené un biais.

Une autre avenue envisageable pour expliquer ces résultats serait la résistance des hommes en ce qui concerne notamment l'une des attitudes, soit «*le droit à la souffrance*». Culturellement et socialement, les hommes n'ont pas été habitués et encouragés à voir et reconnaître leurs malaises psychologiques (Charbonneau & Houle, 1999). Ainsi, confrontés à un message social les encourageant à le faire (message de la SPS 2000), ils pourraient être tentés d'y «résister» et d'être sur la défensive de façon consciente ou inconsciente. En psychologie, il est alors question de la «résistance à la persuasion» (Lafrenaye, 1994).

Rappelons finalement que la modification des attitudes, chez une personne, comme dans une collectivité entière est une tâche colossale. Transformer les positions à l'effet que le suicide est interdit, qu'il est possible pour un homme de souffrir, d'exprimer cette souffrance et de demander de l'aide ne se fait pas en une année, et encore moins à partir d'une semaine de sensibilisation. Comme la socialisation masculine reliée à la force et à l'invincibilité s'est forgée en plusieurs décennies, le processus inverse doit s'inscrire sur plusieurs années également. La masculinité est en crise depuis quelques années et les changements de rôles sociaux des hommes et des femmes y ont largement contribué. L'émergence de l'homme adapté à ce changement d'identité se fait graduellement. Le mouvement est beaucoup plus vaste et étendu que la SPS peut l'être, et ce, bien qu'elle y contribue. Rappelons d'ailleurs que l'AQS collabore avec des organismes venant en aide aux hommes et que des représentants de ces organismes sont très actifs au sein du «*Comité de la SPS*». C'est un phénomène sociétal,

macrosociologique. Le changement d'attitude quant au droit à la souffrance et la demande d'aide doit passer d'abord par la socialisation des hommes et par l'éducation parentale, scolaire et professionnelle. L'intervention thérapeutique à l'égard des hommes doit également être adaptée à leurs besoins et à leur réalité (Charbonneau & Houle, 1999). Les médias doivent aussi faire leur part; ils doivent livrer des messages plus nuancés sur le rôle de l'homme et offrir des modèles d'hommes sensibles, humains et tout aussi masculins qu'un homme dit «invincible».

Considérant donc toutes les possibilités de biais, soit les difficultés reliées au message, à sa transmission, à sa réception et à sa mesure, il n'est pas si surprenant de ne pas observer d'amélioration des attitudes chez les hommes exposés. C'est d'ailleurs ce qui avait été pressenti dans l'élaboration de la deuxième hypothèse d'autant plus que la faible intensité de la SPS ne justifiait pas de grandes attentes à cet égard.

L'hypothèse 3. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes exposés et ceux non exposés à propos de l'intention de demander de l'aide. L'intention nécessite selon Fishbein et Ajzen (1975), une relation entre la personne elle-même et une action éventuelle. Il s'agit d'une probabilité subjective. Il a été vu, avec le modèle de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980), que l'intention d'émettre un comportement découle directement des attitudes pertinentes. Or, tel que constaté aux paragraphes précédents, la SPS 2000 n'a pas changé favorablement les attitudes des hommes. Il aurait donc été

surprenant que l'intention de demander de l'aide, en cas d'idéations suicidaires, soit modifiée sans que les attitudes se soient améliorées préalablement.

Notons aussi que l'une des critiques du modèle de l'action raisonnée est qu'il n'y aurait pas de distinction suffisamment claire entre les attitudes et les intentions. Cette critique pourrait expliquer pourquoi l'intention est souvent l'élément négligé des évaluations, et ce, même pour celles s'appuyant spécifiquement sur le modèle d'Ajzen et Fishbein (Delhomme & coll., 2000; Ressler & Toledo, 1998; Valente & Saba, 1998). La recension effectuée dans le cadre de la présente recherche a d'ailleurs permis cette constatation puisque seulement deux évaluations comportent cette mesure de l'intention (Mc Killip & Baldwin, 1990; Middlestadt & coll., 1995). Selon Fishbein et Ajzen (1975), eux-mêmes, il n'est absolument pas certain que l'attitude soit liée à l'intention et donc que la mesure de l'intention ajouterait une dimension importante. Cette nuance sur le modèle impliquerait que la mesure de l'intention ne soit pas une variable amenant un apport constructif supplémentaire.

Une autre composante à considérer pour comprendre les résultats observés ici concerne la relation entre l'intention et la présence du motif invoqué pour l'émission du comportement éventuel (Fishbein & Ajzen, 1975). Ce motif est hypothétique, dans le cadre de l'entretien téléphonique, puisqu'il demande à l'individu de se projeter dans une situation qui se produira peut-être dans le futur. Il est loin d'être évident que cette situation aura lieu. Dans le cas présent, l'intention de s'enlever la vie est éloignée dans le

temps et éloignée par rapport à l'état émotif de désespoir dans lequel les sujets interviewés doivent s'imaginer. Une foule de circonstances peuvent venir interférer entre l'intention et le comportement. De plus, Lafrenaye (1994) souligne ici que le concept d'intention d'Ajzen et Fishbein (1980) présente quelques difficultés, notamment en termes de définition opérationnelle et de rôle dans la prédiction du comportement.

Fishbein et Ajzen (1975) précisent que l'intention comporte quatre éléments: le comportement, la cible, la situation et le temps. L'intention est donc spécifique au *comportement*, à la *cible* pour laquelle le comportement est exécuté, au *contexte* dans lequel le comportement se manifeste et au *temps* où le comportement apparaît. Fishbein et Ajzen (1975) citent en exemple un homme qui a l'intention d'aller prendre un verre (*comportement*), avec un ami (*cible*), dans une brasserie (*contexte*), à la fin de l'après-midi (*temps*). Supportant ces concepts, la méta-analyse de Sheppard et coll. (1988) démontre, par le biais de plusieurs recherches, la solidité du modèle de l'action raisonnée, particulièrement lorsque les quatre éléments (*comportement, cible, contexte et temps*) se retrouvent précisés en une question claire. L'item 13 du questionnaire («Si vous pensiez sérieusement à vous suicider, auriez-vous l'intention de demander de l'aide avant de poser un geste en ce sens?»), mesurant l'intention de demander de l'aide, respecte-t-il cette spécificité? Il ne comporte pas de cible mais sous entend un moment dans le temps, un contexte et un comportement à exécuter. L'énoncé de l'item est, en conséquence, relativement bien construit. Fishbein et Ajzen n'utilisent toutefois pas d'items dichotomiques (oui ou non), comme il a été fait dans la présente recherche. Ils utilisent

une échelle Likert en sept points avec, aux extrémités, des positions opposées et dichotomiques (Figure 7). L'utilisation de la méthode de Fishbein et Ajzen aurait donc pu modifier les résultats quant à la mesure de l'intention lors de la SPS 2000. Il est cependant difficile d'en prévoir les conséquences éventuelles.

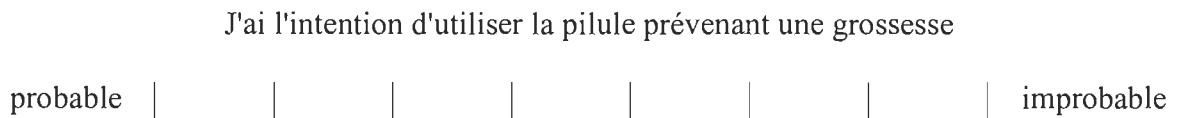


Figure 7. Item type servant à mesurer l'intention selon Fishbein et Ajzen (1975) (traduction libre)

Par ailleurs, le modèle de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980) comporte non pas un, mais deux déterminants de l'intention: l'attitude et la norme subjective, dont un synonyme pourrait être la pression sociale. Le début de la discussion de cette hypothèse a porté sur le premier déterminant. Il a été vu que l'AQS, par le biais de la campagne, avait comme objectif de modifier les attitudes des hommes quant à l'interdiction de se suicider et quant aux droits d'éprouver de la souffrance et de demander de l'aide. En ce qui concerne l'autre déterminant de l'intention, la pression sociale, notons que les normes sociales actuelles ne vont pas dans le sens d'une ouverture à l'égard des hommes afin qu'ils puissent démontrer leurs malaises et demander de l'aide. Bien que la campagne ait tenté de modifier les attitudes individuelles des hommes, la pression sociale ne pousse donc pas ceux-ci à exprimer leur détresse et à demander de l'aide. En conséquence, il n'est pas surprenant de ne pas avoir de résultats concluants à la mesure

des intentions puisque les deux déterminants de l'intention ne semblent pas orienter les hommes vers le comportement voulu (demander de l'aide).

D'autre part, rappelons que l'évaluation de Middlestadt et coll. (1995) a utilisé la mesure de l'intention. Avec un fort niveau d'exposition (89,6%), les auteurs ont obtenu une modification positive, quoique non significative, de l'intention de mettre un condom lors de la prochaine relation sexuelle pour les sujets exposés. Mc Killip et Baldwin (1990), quant à eux, n'obtiennent pas de différence dans la mesure de l'intention d'utiliser un condom suite à la campagne de sensibilisation. Le niveau d'exposition de cette dernière campagne n'est pas précisé dans l'article. Le bilan indique que peu d'évaluations recensées ont eu recours à la mesure des intentions. Celles qui l'ont employée n'arrivent pas à des résultats significatifs, et ce, même avec un niveau d'exposition de loin supérieur à la campagne visée par ce mémoire. Il aurait donc été inespéré d'arriver ici à des différences marquées quant aux intentions.

Pour conclure, relativement à la discussion de cette hypothèse, rappelons que l'intention comme prédicteur du comportement ne fait pas l'unanimité dans la littérature. Malgré tout, si l'importance de cette variable est prise pour acquise et que le modèle théorique est viable, il semble que les deux éléments qui peuvent modifier l'intention, soit l'attitude et la norme subjective, ne sont pas suffisamment modifiés par la SPS pour amener un changement dans l'intention d'émettre un comportement. Les attitudes des hommes quant à l'interdiction de se suicider, la reconnaissance de leur souffrance et la

demande d'aide n'ont pas été assez ébranlées. La société non plus ne véhicule pas suffisamment ces mêmes concepts pouvant faire en sorte de rectifier l'intention. Des actions portant simultanément sur les deux déterminants pourraient démontrer plus d'efficacité.

La variable «degré d'engagement face à la campagne»

Les hypothèses 4, 5 et 6 reprennent les mêmes mesures que les hypothèses 1, 2 et 3. Toutefois, le choix de la variable «degré d'engagement» nécessite un examen plus attentif. D'après Krugman (1979), cité dans Kotler et Andreasen (1996), les individus dont le niveau d'engagement est élevé auraient dû obtenir des scores plus hauts que ceux ayant un niveau d'engagement plus faible. Ici, les idéations suicidaires à vie ont été utilisées afin de statuer sur le niveau d'engagement des sujets par rapport aux informations transmises par la SPS. Il a été présumé que ces individus peuvent démontrer un niveau d'intérêt élevé pour la campagne et donc mieux retenir le message, incluant certaines informations précisées par celle-ci. Notre présomption se limitait toutefois aux connaissances et non pas aux attitudes et à l'intention. Ce choix méthodologique s'est avéré nécessaire par défaut. En effet, une manière plus rigoureuse aurait été d'utiliser les individus ayant fait une tentative de suicide dans le passé. À cause de la gravité objective d'un tel comportement, le degré d'engagement face à la SPS aurait été plus probable. Toutefois, le nombre de sujets ayant déjà fait une tentative et qui ont été exposés à la campagne était trop peu important pour recourir à ce mode de

catégorisation. Il est donc possible que le choix d'employer plutôt les idéations suicidaires afin de mesurer l'intérêt se soit avéré inadéquat. La prémisse qui veut qu'un individu qui a eu l'idée de se suicider sera plus attentif, plus à l'écoute de tout message d'aide relativement à l'intention de mettre fin à ses jours, peut être tout à fait erronée. Au contraire, un individu qui pense au suicide adoptera peut-être une position défensive devant un message le rejoignant, luttant contre sa propre souffrance.

En ce qui concerne la formulation de l'item (64) permettant de sélectionner les deux sous-groupes, avec et sans idéations, la même question que celle de *l'Enquête sociale et de santé 1998* (Daveluy et coll. 2000) a été utilisée textuellement. Bien que cet item n'ait pas été présenté dans le même ordre que dans *l'Enquête de Santé Québec*, il apparaît valide. Une interrogation pourrait néanmoins subsister quant à l'ordre, justement, où la question est demandée à l'interviewé. Bien qu'aucun indice n'aille dans ce sens, les questions précédant l'item 64, questions portant sur la détresse psychologique, ont pu avoir une influence.

L'hypothèse 4. Il n'y a pas de différences significatives relativement aux connaissances entre les hommes ayant présenté des idéations suicidaires dans leur vie et ceux n'ayant pas présenté d'idéations. Le résultat est même légèrement plus élevé en faveur des hommes sans idéation suicidaire. Ce résultat est inattendu, compte tenu du modèle de Krugman (1979), et questionne de nouveau l'identification précise du groupe permettant

de mesurer le niveau d'engagement dans la campagne. De plus, comme il est plus facile de modifier les connaissances, les attentes étaient dans le sens d'un résultat positif et significatif.

L'hypothèse 5. Comme il a été mentionné, l'hypothèse 5 est confirmée. Les deux groupes, soit le groupe avec idéations suicidaires et ceux sans idéations suicidaires, ne présentent pas de différences significatives dans les trois attitudes mesurées.

Puisque les différences ne sont pas significatives entre les groupes avec et sans idéations, par rapport aux attitudes, certains des arguments qui ont été présentés à l'hypothèse 2 s'appliquent pour l'hypothèse 5. C'est le cas de la difficulté de modifier les attitudes des hommes sur un plan individuel. C'est aussi le cas pour la difficulté à les modifier de façon plus large dans la société globale (pression sociale). Les difficultés liées à la construction d'un message véhiculant les attitudes voulues, à la transmission de l'information par les promoteurs ainsi qu'à la mesure des attitudes s'appliquent également ici.

L'hypothèse 6. Les résultats obtenus quant à l'intention de demander de l'aide chez les hommes exposés et ayant présenté ou non des idéations sont inattendus et contradictoires aux objectifs de la SPS. Non seulement les hommes avec idéations ne répondent pas en plus grand nombre qu'ils iront demander de l'aide, mais, de surcroît, ce sont ceux sans

idéations qui manifestent une plus grande intention de demander de l'aide. Les résultats sont statistiquement significatifs, mais dans le sens inverse de ce qui était pressenti. Cela questionne d'autant plus le choix de ce mode de catégorisation pour isoler un groupe avec un niveau d'engagement élevé (Krugman, 1979).

Au-delà des résultats observés, une remarque s'applique autant à l'hypothèse 3 qu'à l'hypothèse 6 quant au comportement visé et ultime que la campagne souhaite faire adopter. Le comportement distal souhaité par les promoteurs de la SPS est d'empêcher que les gens se suicident. Le comportement «de ne pas se suicider» est substitué ici par un comportement de «demander de l'aide pour ne pas se suicider». Certaines campagnes répertoriées agissent de la sorte (Casswell, Ransom, & Gilmore, 1990; Fleming, & coll., 1997; Middlestadt, & coll., 1995; Paykel, & coll., 1997; Valente, & Saba, 1998), entre autres pour la prévention du VIH, la dépression, la planification familiale. De façon concrète, lorsque vient le temps de créer un message, les concepts sont difficiles à diffuser à l'aide d'un seul message et d'une seule image. Ainsi, il n'est pas facile pour le public cible de saisir, dans ce cas-ci, le lien entre le comportement de demander de l'aide et le fait de ne pas se suicider. Autre constat, il est loin d'être évident que ce comportement (demander de l'aide) était directement encouragé par le message de la SPS 2000. Le slogan retenu n'allait pas directement en ce sens. De plus, ce n'était pas un objectif spécifique de la SPS que de faire en sorte que les individus en détresse demandent de l'aide. Les objectifs étaient plus larges, soit de promouvoir les ressources,

démythifier la problématique et mobiliser le plus grand nombre de personnes autour de la prévention du suicide.

Quant à la mesure de l'intention de demander de l'aide, il aurait été intéressant d'obtenir des résultats seulement pour les hommes exposés et qui ont déjà fait une tentative de suicide ou ont présenté des idéations suicidaires non pas à vie, mais au cours des 12 derniers mois. En effet, il est vraisemblable que les hommes ayant éprouvé plus de détresse soient plus en mesure de se projeter dans le temps et d'émettre des intentions spécifiques à propos du fait de demander de l'aide. Les analyses de fréquence des sujets au post-test révèlent que 6,2% auraient fait au moins une tentative au cours de leur vie et que 3,2% auraient pensé sérieusement à se suicider au cours des 12 derniers mois. Toutefois, considérant le devis où l'exposition à la campagne détermine le groupe expérimental, (N=190), le nombre de ceux-ci ayant fait une tentative de suicide à vie (N=15) ou ayant eu des idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois (N=9) est trop petit pour réaliser une analyse statistique.

Évaluation globale.

De façon globale les résultats obtenus sont encourageants mais modestes. Le sondage réalisé en 2000 a démontré une modification des connaissances pour les individus exposés. Cependant, il n'y a pas d'amélioration significative des attitudes et de l'intention de demander de l'aide par les hommes exposés à la campagne. Quant aux hommes ayant

présenté des idéations suicidaires au cours de leur vie, leurs résultats sont difficilement interprétables. Pour ce qui est du niveau d'exposition, il se situait au mieux à 43% des individus du post-test. Lorsqu'une mesure d'exposition large est utilisée, soit avoir répondu favorablement à une des questions portant sur la diffusion de la campagne, 430 sujets disent ainsi se rappeler avoir été exposés. Toutefois, si une mesure plus restreinte est employée, soit avoir répondu favorablement à deux questions permettant d'identifier s'ils se rappellent du message, alors la proportion descend à 19%. En fonction de la recension effectuée, les niveaux d'exposition obtenus habituellement pour les différentes campagnes variaient entre 42 % et 92% (Campion, & coll., 1994; Middlestadt, & coll., 1995; Ressler, & Toledo, 1998). Les campagnes avec un niveau de rappel du message élevé (Middlestadt, & coll, 1995; Ressler, & Toledo, 1998) semblent tout naturellement avoir des résultats plus marquants en ce qui concerne les connaissances et les attitudes. Il est donc facile d'avancer ici qu'une plus grande exposition à la campagne offrirait de meilleurs résultats. D'ailleurs, Marcus et coll. (1998) ont constaté, dans leur recension de 28 évaluations de campagnes de sensibilisation sur l'activité physique, que les interventions des campagnes plus fréquentes avaient plus de succès que celles de moindre fréquence. Le manque de diffusion du message promotionnel de la SPS 2000 dans les médias aurait pour conséquence d'amener des résultats modestes. En augmentant le nombre et la fréquence de la dissémination du message, les probabilités seraient accrues de trouver des résultats plus probants.

Les analyses supplémentaires

À titre d'information, des analyses supplémentaires ont été ajoutées, analyses portant non pas sur les sujets exposés ou non, mais sur l'ensemble des sujets interviewés en prétest (N=1020) et en post-test (N=1066). Ces résultats pondérés sont présentés au Tableau 8 pour les connaissances et attitudes et au Tableau 9 pour les intentions de demander de l'aide. Ces résultats indiquent une détérioration significative au niveau des connaissances, mais une amélioration significative au niveau d'une des trois attitudes. Ces résultats sont cependant difficilement interprétables, compte tenu qu'ils ne prennent pas en compte, comme il a été fait plus haut, le nombre réel de personnes (19 à 43%) qui ont été réellement exposées à un éventuel effet de la SPS. Ces deux groupes de sujets ne présentent pas non plus de différence quant aux probabilités de demander de l'aide avant de se suicider. L'analyse révèle que les sujets du prétest (M:7,89; ÉT:2,35) obtiennent une moyenne légèrement plus élevée que celle du groupe du post-test (M:7,78;ÉT:2,51), $t(1369) = -.83, p > .05$.

Tableau 8
 Comparaison des résultats des hommes en prétest et post-test
 quant aux connaissances et attitudes

Échelles	Analyse prétest et post-test			
	Prétest N= 1020	Post-test N= 1066	t	p
Connaissances	0,73	0,70	-2,57	**
Attitude « <i>Le suicide est interdit</i> »	5,02	5,11	1,85	
Attitude « <i>Le droit à la souffrance</i> »	7,16	7,33	2,37	**
Attitude « <i>Le droit de demander de l'aide</i> »	6,99	7,1	1,53	

**p< .01

Tableau 9
 Comparaison des résultats des hommes en prétest et post-test
 quant à l'intention de demander de l'aide

Intention de demander de l'aide	Prétest	Post-test	df	X ²
OUI	65,3% (N=690)	64,2% (N=650)	1	0,28
NON	34,7% (N=366)	35,8% (N=362)		

Au-delà des mesures quantitatives

Les prochaines lignes porteront sur les défis que rencontrent les bâtisseurs des campagnes en marketing social. Suivront les qualités qui doivent caractériser une campagne pour qu'elle soit efficace. Il s'agit en quelque sorte d'un bilan de la SPS relativement à ce qui est souhaité afin d'augmenter la probabilité d'offrir une meilleure campagne. La recension effectuée permet de tirer les grandes lignes de la campagne idéale dans le contexte du marketing social.

Les défis d'une campagne efficace

Les individus qui travaillent dans le domaine du marketing social rencontrent des défis bien particuliers (Kotler & Andreasen, 1996). Ils sont soumis aux regards constants de l'opinion publique. Ils doivent satisfaire des objectifs sociaux grandioses et parfois extravagants. Ils doivent fréquemment chercher à modifier un comportement pour lequel les individus utilisateurs et ciblés n'ont rien demandé (utilisation du condom pour prévenir le SIDA). Parfois même, le comportement à encourager est carrément et spontanément non souhaité (conduite à 100 km/h, port de la ceinture de sécurité ou port du casque de vélo). Aussi, les cibles peuvent devenir difficiles à rejoindre par les moyens traditionnels (voir: les toxicomanes à propos de l'utilisation de seringues non souillées). Dans d'autres circonstances, les enjeux sous-jacents à une problématique sont délicats à traiter (suicide, SIDA). À d'autres moments, les bénéfices de la campagne demeurent socialement invisibles (inoculation pour prévenir une maladie) ou encore ne le sont que

pour une troisième partie (ex: conservation de l'énergie). Souvent les comportements à changer sont intangibles et donc difficiles à cerner et à imager avec une symbolique qui serait vendeur en publicité. Encore plus, les objectifs de changement doivent être échelonnés sur du long terme. Plusieurs critiques ont également été formulées à propos de l'approche du marketing social. Certains lui ont reproché d'avoir des pratiques éthiques douteuses et manipulatrices. Wallack (1990) prétend qu'il peut s'agir d'une façon simple pour amener une résolution positive à un problème social complexe. Cependant la critique croit que, parfois, le problème est ainsi minimisé et envisagé que d'un point de vue individuel plutôt que social et collectif (voir: facteurs socio-économiques en jeu).

Qu'en est-il du défi d'une campagne en prévention du suicide? Le suicide est un problème social délicat et épineux à traiter. De plus, il relève de plusieurs facteurs causaux (MSSS, 1998). Comme pour le SIDA, il suscite des émotions de la part des individus qui restent après le décès d'un proche. En conséquence, il faut, lors des campagnes, éviter de blâmer, de culpabiliser les gens qui restent après un suicide. Puisqu'il a plusieurs causes, en faire un portrait permettant de le prévenir représente une entreprise difficile. Plusieurs valeurs centrales dans notre société (respect du choix, culture où les hommes doivent être capables, stoïques et forts, le suicide envisagé comme solution) entravent l'ambition de prévenir le suicide. Ce sont autant de pièges et d'écueils que les concepteurs de la SPS rencontrent année après année, en élaborant la campagne de sensibilisation.

Les qualités d'une campagne de sensibilisation

Après avoir évoqué les difficultés associées au marketing social et aux campagnes de sensibilisation, il est pertinent de s'attarder aux aspects qui font en sorte qu'une campagne devient un succès. Backer et coll. (1992) ont proposé, suite à une série d'entrevues avec des spécialistes en campagne de promotion, une série de 27 mesures et suggestions afin d'accroître l'efficacité d'une campagne de sensibilisation. Plusieurs de celles-ci sont d'ores et déjà choses courantes dans l'élaboration et le déroulement de la SPS: l'utilisation de plusieurs types de médias; le jumelage d'actions médiatiques, communautaires et interpersonnelles; l'utilisation des milieux communautaires et de ses ramifications dans la promotion du message sont du nombre. Sans les citer tous, la segmentation de la cible, l'utilisation d'une célébrité ou d'un modèle comme porte-parole, la collaboration de leaders (tel le Ministre de la Santé et des Services Sociaux), le momentum de la campagne, l'utilisation des concepts du marketing social, l'annonce d'une ligne téléphonique d'aide ou de ressources, sont autant d'éléments intégrés à la SPS et qui en assurent la qualité. Toutefois, une bonne proportion d'autres suggestions pourraient être retenues. L'évaluation formative pourrait être chose courante, au fil des ans, dans l'élaboration des messages vidéo, radio comme de l'affiche. Cette partie relative à la compréhension exacte de la cible de la campagne est une suggestion que retiennent d'autres auteurs (Andreasen, 1997). Du coup, il faudrait réaliser un pré-test avec les individus ciblés afin de vérifier si le message a l'impact voulu auprès de ceux-ci. Une meilleure concertation entre les gouvernements, organisations (Ordre des psychologues, Collège des médecins, Régies Régionales) et les milieux communautaires

(CPS, CLSC, regroupements tel Réseau Hommes Québec ou ARIHV ²) devient également prioritaire. Les objectifs fixés pour chacune des campagnes (modification de comportements) pourraient aussi être plus modestes et donc plus faciles à atteindre. La segmentation d'une cible devrait se faire, non plus par sexe ou par âge, mais par variables psycho-graphiques (attitudes, croyances). Il est également possible que le message s'adresse aux pairs et aux parents plutôt qu'à la personne directement visée par l'intervention.

Comme l'AQS l'a fait jusqu'ici, l'intervention auprès des médias est capitale. Toutefois, elle doit être nettement accentuée. Une autre avenue intéressante, soulevée par Backer et coll. (1992), serait d'intégrer dans les scénarios de téléromans une ou des résolutions positives de crises suicidaires. Dans la même lignée, éradiquer les suicides complétés dans les films et téléromans du Québec sauverait peut-être des vies. C'est une pratique qui pourrait être adoptée lorsque les suicides sont inutiles à la compréhension de l'histoire ou présentés de façon trop explicite. Une autre avenue serait de faire porter un logo par une équipe professionnelle reconnue (Canadien, Expos, Alouette). Il est donc possible d'identifier plusieurs activités souhaitables afin de réaliser une campagne efficace et ainsi réduire le nombre de personnes qui décèdent par suicide. Or, ces activités nécessitent des investissements. Impossible ici de passer sous silence le maigre financement que reçoit l'AQS pour réaliser son mandat. Backer et coll. (1992) réitèrent que les gouvernements ont des rôles importants à jouer en termes de soutien financier. Il

² Association des ressources intervenant auprès des hommes violents

en va tout autant de la réalité du Québec que de celles des États-Unis, ce qui sera abordé plus précisément dans une section ultérieure.

Elliott et Shanahan Research (1993) soulignent, dans une méta-analyse de quelques 90 évaluations des campagnes de sécurité routière, les éléments qui font d'une campagne de sensibilisation un succès. Selon ces auteurs, les campagnes qui s'appuient sur un modèle théorique sont plus efficaces que celles qui n'en ont pas. Celles qui veulent persuader ont un meilleur impact que celles qui ne veulent qu'informer. Les campagnes qui utilisent la publicité, les mesures d'application légales et coercitives (ex: dispositions du code de sécurité routière, amendes) donnent plus de résultats. Celles qui visent la modification d'un comportement précis, qui font appel aux émotions plutôt qu'au rationnel, démontrent une plus grande efficacité. Ce sont là quelques conclusions auxquelles parviennent Elliott et Shanahan Research avec cette recherche qui fait preuve d'une rigueur scientifique considérable. Ils concluent leur analyse en pointant combien il a été difficile, voire impossible, de comparer les campagnes les unes par rapport aux autres quant à leur étendue en termes d'exposition et d'importance des moyens utilisés. La même constatation a été faite dans la recension présentée au début du présent document. C'était d'autant plus vrai dans le contexte du vaste éventail des domaines de santé publique couverts ici. Quant à l'ensemble des critères de réussite qui viennent d'être évoqués, relevons que la SPS est initiée sur un modèle théorique particulier. Les responsables de celle-ci ont recours à de la publicité, mais qui est non rémunérée. Cependant, les mesures coercitives ne peuvent être utilisées ici pour empêcher les

individus de s'enlever la vie. Ces différences par rapport aux campagnes de sécurité routière, par exemple, peuvent permettre de comprendre comment il peut être difficile de modifier les taux de suicide au Québec.

Quant aux campagnes portant spécifiquement sur le suicide, pour que l'efficacité soit atteinte, la société doit être prête à entendre le message de changement qu'elles prônent. Autrement, il est inefficace et tombe dans le vide (Burns, 1994). Ce n'est pas tant l'attitude qui doit être présente chez les personnes ciblées que le renforcement de l'environnement de ces mêmes personnes. C'est, d'une certaine façon, le modèle d'Ajzen et Fishbein (1975, 1980), repris en d'autres termes par Burns (1994). Krall (1994), quant à lui, rapporte que le suicide est une croyance et une norme sociétale telles que le sont le divorce, le sexe, la politique, les habitudes de consommation. Le suicide est appris et c'est un phénomène de contagion, de communication médiatique. Certains individus sont plus vulnérables d'assimiler cette idée. Le suicide ne serait donc pas, selon cet auteur, causé par la dépression, la souffrance ou les phénomènes biologiques identifiés dans le cerveau, mais par une idée que transmet la norme sociétale. Le suicide devient une solution acceptable par la société. En vertu du modèle d'Ajzen et Fishbein (1975, 1980), la norme sociale est effectivement reconnue comme l'une des composantes sur laquelle il faudrait miser pour changer un comportement. En modifiant cette norme sociale relativement au suicide, il serait possible d'arriver à modifier le nombre de comportements suicidaires. Bien sûr, il est aussi possible de s'attaquer aux attitudes individuelles, mais le fait de s'attaquer à la norme sociale est une avenue forte et

mobilisatrice. Les changements ne sont cependant pas influencés que par les médias (Backer et coll., 1992). Ils se font également, de façon plus large, au niveau de la norme sociale. Une modification de la norme sociale amène les individus à vouloir s'y conformer (<http://www.edc.org/hec/>). Une telle approche est inhérente au marketing social, mais elle précise que les campagnes de sensibilisation doivent d'abord se centrer sur le changement de la norme afin que les individus modifient leurs comportements.

En prévention du suicide, il ne serait évidemment pas adéquat de mettre des lois coercitives comme il a été le cas pour l'alcool au volant ou la violence conjugale. Toutefois, la pression exercée par la norme a été également utilisée dans ces campagnes qui ont démontré leur efficacité. Middlestadt et coll. (1995) avaient inclus, dans une recherche fort crédible, des mesures à ce propos. C'est également l'une des conclusions à laquelle arrive Burns (1994) relativement à l'impact des médias sur la consommation de cigarettes. Les campagnes peuvent être bien élaborées, mais la structure sociale doit être favorable aux changements suggérés pour que ceux-ci puissent opérer dans la population. Que la société, que les gouvernements qui la représentent, que les individus qui la forment disent NON au suicide et le taux de personnes qui s'enlèvent la vie pourrait bien diminuer. Par ailleurs, pour chaque campagne de sensibilisation, il est important de se fixer des objectifs réalistes, d'être patient dans l'attente d'un changement qui se fera graduellement. L'évolution dans un tel domaine se fera à long terme.

Un des éléments clé d'une campagne de sensibilisation demeure l'utilisation des médias. Les objectifs de santé publique des médias sont d'éduquer, d'améliorer la santé publique, de changer la société, de rendre compte des préoccupations sociétales, de conduire des campagnes à long terme, de faire comprendre des informations complexes (Atkins & Wallack, 1990; Wallack, 1990). Malgré ces objectifs établis, ils sont également aux prises avec une contrainte importante: «vendre la nouvelle». Pour réaliser la vente de leurs journaux ou obtenir des cotes d'écoute, la nouvelle à sensation est de loin la plus rentable. Or, ce qui est promotion de la santé ne fait pas sensation, ne fait pas vendre la nouvelle ou augmenter les cotes d'écoute. L'histoire plus personnelle ou intime d'un individu est généralement plus efficace pour ce faire. Il faut relier une telle histoire à un message explicite pour mettre en relief les comportements souhaités afin que le public s'identifie à ce modèle positif. Mais même cela ne fait pas toujours la nouvelle. Les médias permettent néanmoins de soulever le sujet de la campagne en le ramenant sur la place publique et stimulent les discussions de large envergure au plan sociale (Wallack, 1990). Ils rendent légitimes les causes délicates qui autrement resteraient tabous (port du condom vs le SIDA, cigarette, jeu compulsif). Afin d'arriver aux objectifs que se fixe l'AQS, il faut utiliser les médias, maximiser leur apport, et augmenter leurs implications. Il faut pour cela des moyens. Les responsables de la SPS doivent avoir accès à des moyens financiers pour obtenir de la publicité contre rémunération.

Là où le bât blesse, l'aspect financier

Pour construire une campagne de sensibilisation mobilisante, forte, efficace, avec une large médiatisation et provoquant un changement de norme sociale, il faut un budget considérable. Les difficultés de l'AQS relativement à la SPS se situent au niveau du processus et de l'implantation. Les quatre grands concepts du marketing social (produit, prix, place et promotion) sont bien développés, suffisamment étudiés et élaborés. Le problème se situe au niveau de la médiatisation du produit. Le produit qui pourrait initier la chaîne de changements (connaissances et attitudes \Rightarrow comportements) n'est pas offert de façon assez large au public. Dans ce contexte, il est un peu illusoire de s'attendre à un impact important, tant au niveau proximal que distal. L'évaluation présentée ici ne démontre pas une mauvaise utilisation associée à la théorie d'impact du programme, bien que cette avenue aurait pu être possible pour un programme suffisamment médiatisé. C'est plutôt le manque de diffusion médiatique qui apparaît évident. Rossi et coll (1998) relatent que, lors d'une évaluation de programme, il faut que les évaluateurs se positionnent relativement aux ressources disponibles pour accomplir la tâche. Or, il est apparu très évident que les investissements financiers n'étaient pas disponibles pour permettre une diffusion suffisante des messages audio et vidéo dans les différents médias. À titre de comparaison, dans une campagne de sensibilisation nationale sur la consommation de gras aux Etats-Unis, Samuels (1993) relate qu'il en a coûté autour de 36 millions de dollars en publicité. Le projet «Low-Fat Eating for America Now» (LEAN) a débuté par une démarche de fondation de nombreux organismes, associations, instituts et paliers gouvernementaux qui ont joint leurs efforts afin de faire progresser le peuple

américain dans leurs habitudes de consommation. Pourquoi le peuple québécois ne pourrait-il pas faire de même en matière de prévention du suicide? De plus, Samuels (1993) en arrive à la conclusion d'une meilleure efficacité de la publicité payée comparativement à la publicité «gratuite» du fait que cela permet un contrôle sur la fréquence et l'heure de diffusion. Les évaluations de programmes répertoriées plus haut ne font cependant pas mention, sauf dans le cas de Samuels (1993), des coûts impliqués dans les campagnes de sensibilisation. Dans ce contexte, il est alors difficile de mesurer le rapport qualité/prix des campagnes par rapport à celle de la SPS. L'absence de ce type de données est décriée également par d'autres chercheurs (Delhomme et coll., 2000; Elliott & Shanahan Research, 1993; Marcus, 1998).

La mobilisation sociale autour d'une cause demande un enrôlement du milieu politique et des groupes de pression, ce qui n'est pas une tâche qui peut se réaliser à court terme. Les attentes sociales sont grandes et ambitieuses (sauver des vies), mais les budgets sont très frugaux. C'est l'un des premiers adversaires avec lesquels les dirigeants de l'AQS sont confrontés.

CONCLUSION

L'évaluation de la SPS apporte des éléments nouveaux au développement des connaissances. En effet, aucune recherche de ce niveau d'expérimentation n'a été repertoriée pour mesurer une campagne de prévention du suicide. L'évaluation présentée ici est rigoureuse. Les biais méthodologiques ont été pris en compte. Le nombre de sujets de l'échantillon assure une puissance statistique certaine. Les analyses mettent en relief des résultats statistiquement significatifs en faveur du programme pour ce qui est de l'amélioration des connaissances.

Après une rétrospective de la recherche, la principale difficulté a été de circonscrire les évaluations utiles et pertinentes. En effet, la recension a permis de recueillir près de 90 évaluations en santé et en sécurité routière. Une autre difficulté a été d'établir les liens et les recoupements entre les différents modèles théoriques invoqués. Pour de nouvelles recherches évaluatives de ce type, il serait pertinent de pouvoir mesurer le niveau d'exposition de façon plus précise. Une mesure prétest et post-test permettrait d'atteindre cet objectif. Il s'agirait de poser les questions liées à l'exposition à la campagne aux sujets qui n'ont pas été exposés (prétest) permettant ainsi de restreindre ou d'isoler le biais de désirabilité sociale. La mesure d'exposition obtenue en post-test comparée à celle du prétest permettrait d'avoir un résultat plus probable et réaliste de l'exposition à la campagne.

Les résultats de l'évaluation sont quand même modestes et ils témoignent d'un manque d'engagement des milieux médiatique et politique vis-à-vis le phénomène du suicide au Québec. Malgré le taux de suicide alarmant et en hausse depuis 20 ans, notamment pour ce qu'il en est des hommes, il est laborieux d'obtenir le financement nécessaire à la cause. Dans ce contexte, il est malaisé de s'expliquer pourquoi d'autres problèmes sociaux ont fait l'objet de plus grands investissements (violence conjugale, alcool au volant). Il s'agit d'une question d'intérêt, de lobby, de priorité et de budget dans le domaine de la prévention du suicide.

Afin que la SPS offre une couverture plus grande au sein de la province, nous suggérons que les Régies Régionales, l'Ordre des psychologues et le Collège des médecins soient engagés et participent activement à l'élaboration et à la promotion de la campagne. Ces interventions auraient pour effet de décupler les acteurs sociaux pouvant utiliser le matériel de promotion et ainsi de sensibiliser un plus grand nombre de personnes. Jusqu'à présent, l'AQS a misé principalement sur les médias et le milieu communautaire pour atteindre les objectifs de la SPS. Cet organisme devra à notre avis multiplier les interventions pour rejoindre et rallier un plus grand nombre de promoteurs. Rappelons ici que la majorité des personnes qui se suicident ont vu un professionnel de la santé dans les six mois précédant leur geste irréversible. Ces professionnels devraient être sollicités pour faire la promotion de la prévention du suicide. Chaque bureau de médecin, chaque bureau de psychologue, chaque CLSC ou clinique médicale devrait arborer le numéro de téléphone de la ligne québécoise de prévention du suicide et un

message de «non suicide» sur un babillard bien en vue. Une action concertée devrait être mise en place en regroupant différentes associations en maladie mentale (Association des déprimés anonymes, Association des personnes souffrants de maniacodépression, Association des troubles anxieux du Québec), fédérations, regroupements (Alcooliques Anonymes) ou Instituts. Il est bien louable de pouvoir rêver à ce que pourraient devenir les prochaines campagnes québécoises en prévention du suicide. Toutefois, cette concertation et cette mobilisation ne se fera pas sans un apport considérable des gouvernements. Ces derniers doivent s'engager concrètement et plus largement au plan financier.

RÉFÉRENCES

- Andreasen, A.R. (1997). Changing behavior: a challenge for reproductive health awareness. *Advances in Contraception*, 13, 351-353.
- Ajzen, I. (1988). Attitudes, personality, and behavior. Chicago IL: Dorsey Press.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Akoun, A. & Ansart, P. (1999). *Dictionnaire de sociologie*. Paris: Seuil.
- Allport, G. (1935). Attitudes. Dans C. Murchison (dir.), *Handbook of social psychology*. Worcester, MA: Clark University Press
- Alstead, M., Campsmith M., Halley C. S, Hartfield, K., Goldbaum, G., & Wood, R. W. (1999). Developing, implementing, and evaluating a condom promotion program targeting sexually active adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 11(6), 497-512.
- Association québécoise de suicidologie (1996). Le suicide : comprendre et intervenir. Montréal. Disponible auprès de l'Association québécoise de suicidologie. Courrier électronique : aqs@cam.org.
- Association québécoise de suicidologie (1997). La Semaine provinciale de prévention du suicide. *Le vis-à-vis*, 7(1), 9-10.
- Association québécoise de suicidologie (1999a). Dossier de fond de la Semaine provinciale de prévention du suicide Édition 2000 : La souffrance au masculin, Montréal : Disponible auprès de l'Association québécoise de suicidologie. Courrier électronique : aqs@cam.org.
- Association québécoise de suicidologie (1999b). Cahier technique de la Semaine provinciale de prévention du suicide Édition 2000. Montréal : Disponible auprès de l'Association québécoise de suicidologie. Courrier électronique : aqs@cam.org.
- Association québécoise de suicidologie (1999c). Cahier de communication de la Semaine provinciale de prévention du suicide Édition 2000. Montréal : Disponible auprès de l'Association québécoise de suicidologie. Courrier électronique : aqs@cam.org.
- Association québécoise de suicidologie (2001). Cahier technique de la Semaine provinciale de prévention du suicide Édition 2001. Montréal : Disponible auprès de l'Association québécoise de suicidologie. Courrier électronique : aqs@cam.org.

- Atkins, C. K. & Wallack, L. M. (Éds). (1990). *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*. Newbury Park, CA : Sage Publications Inc.
- Baade, P. D., Balanda, K. P., Lowe, J. B., & Del Mar, C. B. (1996). Effect of a public awareness campaign on the appropriateness of patient-initiated skin examination in general practice. *Australian New Zealand Journal of Public Health*, 20 (6), 640-643.
- Backer, T. E., Rogers, E. M. & Sopory, P. (1992). *Designing Communication Campaigns: What Works?* Newbury Park, CA : Sage Publications Inc.
- Balc, G. I. & Sutton, S. M. (1997). Keep me Posted: A Plea for Practical Evaluation. Dans M. E. Golberg, M. Fishbein, & S.E. Middlestadt (Éds), *Social Marketing: Theoretical and Practical Perspectives* (5^e éd.) (pp. 61-74). Mahweah, N J :Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Beaupré, M., & St-Laurent D. (1998). Deux causes de décès : le cancer et le suicide. Dans Bureau de la statistique du Québec, *D'une génération à l'autre : évolution des conditions de vie*. Volume II. Ste-Foy: Les Publications du Québec.
- Bennett, E., Cummings, P., Quan, L., & Lewis, F. M. (1999). Evaluation of a drowning prevention campaign in King County, Washington. *Injury prevention*, 5 (2), 109-113.
- Biblarz, A, Biblarz, D. N., Pilgrim, M., & Baldree, B. F. (1991). Media influence on attitudes toward suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21 (4), 374-384.
- Boivin, M., Alain, M., & Pelletier, L. G. (2000). Les plans de recherche quasi-expérimentaux. Dans R. Vallerand. & U. Hess, *Méthodes de recherches en psychologie* (pp. 163-191). Boucherville, Qc: Gaétan Morin Éditeurs.
- Booth, M., Bauman, A., Oldenburg, B., Owen, N., & Magnus, P. (1992). Effects of a national mass media campaign on physical activity participation. *Health Promotion International*, 7 (4), 241-247.
- Bouchard, S. & Cyr, C. (1998). *Recherche psychosociale: pour harmoniser recherche et pratique*. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Boyer, R. & St-Laurent, D. (1999). La mortalité par suicide au Québec. *Frontières*, 11(3), 50-53.

- Boyer, R., St-Laurent, D., Préville, M., Légaré, G., Massé, R., & Poulin, C. (2000). Idées suicidaires et parasuicides. sous la direction de C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, F. Lapointe, & coll. (Eds), *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 355-367). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Bureau du Coroner (1998). *Rapport annuel 1997: Répartition des suicides au Québec selon l'âge, le sexe, et le moyen utilisé*. Québec: Ministère de la justice.
- Burns, D. M. (1994). Use of media in tobacco control programs. *American Journal of Preventive Medicine*, 10 (1 Suppl), 3-7.
- Campion, P., Owen, L., McNeil, A., & McGuire, C. (1994). Evaluation of a mass media Campaign on smoking and pregnancy. *Addiction*, 89, 1245-1254.
- Casswell, S., Ransom, R. & Gilmore, L. (1990). Evaluation of mass media campaign for the primary prevention of alcohol-related problems. *Health Promotion International*, 5 (1), 9-17.
- Charbonneau, L. & Houle, J. (1999). Suicide, hommes et socialisation. *Frontières*, 11(3), p. 62-68.
- Daigle, M. S., Brisoux, J., Raymond, S., Charbonneau, L. & Beausoleil, L. (2001). *Évaluation de la semaine de prévention du suicide*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Daigle, M. S., Brisoux, J., Raymond, S., & Girard, S. (1998). *Évaluation de la Semaine québécoise de prévention du suicide*. Annales de l'ACFAS 1998 (<http://www.acfas.ca/congres66/c2166.htm>). Québec, Canada.
- Daveluy, C., Pica, L., Audet, N., Courtemanche, R., Lapointe, F., & coll. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Delhomme, P., Vaa, T., Meyer, T., Harland, G., Goldenbled, C., Järmark, S., Christie, N., & Rehnova, V. (2000). *Campagnes évaluées en sécurité routière: une revue de 265 campagnes évaluées et une méta-analyse sur les accidents* (Report No. RO-97-SC.2235). France: Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité.
- Dixon, H., Borland, R., Segan, C., Stafford H., & Sidall C. (1998). Public Reaction to Vicatoria's "2 Fruit "n" 5 Veg Every Day" Campaign and Reported Consumption of Fruit and Vegetables. *Preventive Medicine*, 27, 572-582.

- Domino, G. (1996). Test-retest reliability of the Suicide Opinion Questionnaire. *Psychological Reports, 78*(3), 1009-1010.
- Domino, G. & Su, S. (1994-95). Conservatism and attitudes toward suicide : A study of Taimanese-American and U.S. adults. *Omega: Journal of Death and Dying, 30*(2), 131-143.
- Domino, G., Moore, D., Westake, L., & Gibson, L. (1982). Attitudes toward suicide: A factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology, 38*, 257-262.
- Donovan, R.J., Holman, C. A., Corti, B., & Jalleh, G. (1997). Face to face household interviews versus telephone interviews for health surveys. *Australian New Zealand Journal of Public Health, 21* (2), 134-140.
- Dulac, G. (1997). Les demandes d'aide des hommes. Montréal: Centre d'études appliquées sur la famille (Université Mc Gill) et Action Intersectorielle pour le Développement et la Recherche sur l'Aide aux Hommes (A.I.D.R.A.H.). Disponible en érivant au 3506 rue Université, bureau 106, Montréal, H3A 2A7.
- Dyck, R. J. (1993). *Suicidal awareness weeks: The outcomes*. Communication présentée au XVIe Congress of the International Association for Suicide Prevention, Regensburg, Allemagne.
- Dwyer, T., Pierce, P. J., Hannam D. C., & Burke, N. (1986). Evaluation of the Sydney "Quit for Life" anti-smoking campaign; part 2. Changes in smoking prevalence. *The Medical Journal of Australia, 144*, 344-347.
- Elliott and Shanahan Research (1993), *Road safety mass media campaigns: A meta analysis*. (Rapport No. CR 118, Federal Office of Road Safety). Sydney, Australie: Elliott, Barry.
- Espy, S. N. (1992). *Marketing strategies for nonprofil organisations*. Chicago, IL: Lyceum Books Inc.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Reading, MA: Addison-Wesley publishing company.
- Fleming C., Newell, J., Turner S., & Mackie, R. (1997). A study of the impact of Sun Awareness Week 1995. *British Journal of Dermatology, 136* (5); 719-724.

- Foerster, S. B., Gregson, J., Beall, D. L., Hudes M., Magnuson, H., Livingston, S., Davis, M. A., Joy, A. B., & Garbolino, T. (1998). The California Children's 5 a Day-Power Play! Campaign: Evaluation of a Large-Scale Social Marketing Initiative. *Family Community Health, 21* (1), 46-64.
- Fortin, M. F., Taggart, M. E., K  rouac, S. & Normand, S. (1988). *Introduction à la recherche*. Ville Mont-Royal, Qc :D  carie   diteur Inc.
- Hausman, A. J., Spivak, H., & Prothrow-Stith, D.(1995). Evaluation of a Community-Based Youth Violence Prevention Project. *Journal of Adolescent Health, 17* (6), 353- 359.
- Indiana Prevention Resource Center (1992). Prevention can learn from business. *Prevention newslines, hiver*. Récupéré sur le World Wide Web le 29 janvier 2001: <http://prc-wwwserv.idap.indiana.edu/publications/iprc/newslines/winter92.html>.
- Institut de la statistique du Québec (1998). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge*. Récupéré le 29 mai 2000 sur le World Wide Web: <http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/demograp/deces.html>.
- Ivey, A. E., Ivey, M. B.& Simek-Downing, L. (1987). *Counseling and psychotherapy: integrating skills, theory, and practice* (2     d.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kotler, P. (1975). *Marketing for nonprofit organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kotler, P. & Andreasen, A. R. (1996). *Marketing for nonprofit organizations* (5     d.) Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Kral, M. J. (1994). Suicide as social logic. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24* (3), 245-254.
- Krugman, H. E. (1979). Low involvement theory in the light of new brain research. Dans J.C. Maloney et B. Silverman, *Attitude research plays for high stakes* (pp 16-22). Chicago, American Marketing Association.
- Lafrenaye, Y. (1994). Les attitudes et le changement des attitudes. Dans R. J. Vallerand, *Les Fondements de la psychologie sociale* (pp. 326-405). Montréal, Canada: Ga  tan Morin   diteurs Ltée.

- Légaré, G., Lebeau, A., Boyer, R., & St-Laurent, D. (1995). Santé mentale. Sous la direction de Santé Québec, C. Bellerose, C. Lavallée, L. Chénard, & M. Levasseur (Eds), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, Vol. 1* (pp. 217-255). Montréal: Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Lewinsohn, P. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Langford, R., Rohde, P., Seeley, J. P., & Chapman, J. (1995). The life attitudes scedules: a scale to assess adolescent life-enhancing and life treatening behaviors. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25 (4),458-475.
- Marcus B. H., Owen, N., Forsyth, L. H., Cavill, N. A., & Fridinger, F. (1998). Physical activity interventions using mass media, print media, and information technology. *American Journal of Preventive Medecine*, 15 (4), 362-378.
- McKillip, J. & Baldwin, K. (1990). Evaluation of and study education media campaign control construct design. *Evaluation Review*, 14 (4), 331-345.
- Middlestadt, S. E., Fishbein, M., Albarracin, D., Francis, C., Eustache M. A., Helquist, M., & Schneider, A. (1995). Evaluating the impact of a National AIDS prevention radio Campaign in St-Vincent and the Grenadines. *Journal of Applied Social Psychology*, 25 (10), 21-34.
- Ministère de la santé et des services sociaux (1998). *S'entraider pour la vie : stratégie québécoise d'action face au suicide*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Orbach, I., Milstein, I., Har-Even, D., Apter, A., Tiano, S., & Elizur, A. (1991). A multi-attitude suicide tendency scale for adolescents : psychological assessment. *Journal of Counsulting and Clinical Psychology*, 3, 398-404.
- Osler, M., & Jespersen, N.B. (1993). The effect of a community-based cardiovascular disease prevention project in a Danish municipality. *Danish Medical Bulletin*, 40, 485-489.
- Owen, N., Bauman, A., Booth, M., Oldenburg, B., & Magnus, P. (1995). Serial mass-media campaigns to promote physical activity: reinforcing or redundant? *American Journal of Public Health*, 85 (20), 244-248.
- Paulhus, D. L. (1984). Personality processes and individual difference: Two component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 598-609.

- Paulhus, D. L. (1986). Self-deception and impression management in test responses. Dans A. Angleitner & J.S. Wiggins (Éds.), *Personality assessment via questionnaires* (pp. 143-165). New York: Springer Verlag.
- Paykel, E. S., Tylee, A., Wright, A., Priest, R. G., Rix, S., & Hart, D. (1997). The defeat depression campaign: psychiatry in the public arena. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (6), 59-65.
- Pitts, M. (1996). *The psychology of preventive health*. New York, NY : Routledge.
- Pronovost, J., Côté, L. & Ross, C. (1990). Épidémiologie des comportements suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire. *Santé mentale au Canada*, 38(1), 10-14.
- Rapaport, R. J. (1990). Evaluation of National Collegiate Alcohol Awareness Week. *Journal of College Student Development*, 31 (5), 474-475.
- Ross, D. (1992). *Attitudes et connaissances des enseignants envers le suicide des adolescents*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Rossi, P. H., Freeman, H. E., & Lipsey, M. W. (1998). *Evaluation: A systematic approach* (6^e éd.). Thousand Oak, C A : Sage Publications.
- Ressler, W. H., & Toledo, E. (1998). Kasdah B'Rosh Tov: A description and evaluation of the Israeli Bicycle helmet campaign. *Health Education and Behavior*, 25 (3), 354-370.
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (1998). L'utilisation des questionnaires en recherche. Dans Bouchard, S. Cyr, C., *Recherche psychosociale: pour harmoniser recherche et pratique* (pp. 263-304). Québec, Qc: presses de l'Université du Québec.
- St-Laurent, D. (1998). Le suicide chez les hommes adultes ou la chronique d'une catastrophe annoncée. *Le Vis-à-vie*, 8(2), 11-12.
- Samuels, S.E., (1993). Project LEAN-lessons learned from a national social marketing campaign. *Public Health Reports*, 108 (1), 45-53.
- Schultz, S. J. (1993). Educational and behavioral strategies related to knowledge of and participation in an exercise program after cardiac positron emission tomography. *Patient Education Counseling*, 36, 100-107.
- Séguin, M. (1999). Suicides, générations et culture. *Frontières*, 11(3), 8-10.

- Sheppard, B.H., Hartwick J., & Warshaw P. R. (1988). A theory of reasoned action : A meta-analysis of past research with recommendation for modification and future research. *Journal of Consumer Research*, 15, 325-343.
- Speers, D. C. (1998). *Mental health outcome evaluation*. San Diego, CA : Academic Press.
- Stevens, W. (1994). Third world gains in birth control: Development isn't the only answer, *New York Times*, January 2, p. 1-4.
- Sundel, M. & Schanie F. C. (1978). Community mental health and mass media preventive Education: The alternative project. *Social Service Review*, 52 (2), 297-306.
- Turmel, S. (2001, 8 février). Le Coroner en chef et la situation du suicide au Québec. Communiqué du Coroner en chef au lancement de la Semaine de prévention du suicide 2001, Montréal, Qc. Document récupéré le 19 mars 2001 du World Wide Web: <http://www.cam.org/aqs/>.
- U.S. Departement of Education (n.d.). Higher Education Center for Alcohol and Other Drug Prevention. Récupéré 29 janvier 2001 du World Wide Web: <http://www.edc.org/hec/socialnorms/research.html#6>.
- Valente, T. W., & Saba, W. P. (1998). Mass media and interpersonal influence in a reproductive health communication campaign in Bolivia. *Communication Reasearch*, 25(1), 96-124.
- Veilleux, C. (1989). Conceptions et attitudes des parents d'adolescents du cinquième secondaire concernant le suicide et les variables reliées. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Sherbrooke.
- Wallack, L. (1990). Two approaches to health promotion in the mass media. *World Health Forum*, 11 (2), 143-164.
- Witte, K. (n.d.). Fishing for Succes: Using the Persuasive Health Message Framwork to Generate Effective Campaign Messages. Dans *Theory-Driven Approaches* (pp. 145-165).
- Young, D. R., Haskell, W. L., Taylor, C. B., & Fortmann, S. P. (1996). Effect of community health education on physical activity knowledge, attitudes and behavior. *American Journal of Epidemiology*, 144, 264-274.

APPENDICES

APPENDICE A

Questionnaire prétest

**QUESTIONNAIRE SUR LA SEMAINE DE PRÉVENTION DU SUICIDE
AU QUÉBEC (prétest)**

1. Pour commencer, vous sentez-vous interpellé face à la prévention du suicide?
Alternative si la personne ne comprend pas ⇒ Est-ce que la prévention du suicide ça vous dit quelque chose?

OUI.....1
NON2

2. Selon vous, quel est le groupe qui est le plus à risque de se suicider parmi les suivants:

NOMMER LES CHOIX	
Les hommes	1
Les femmes	2
Autant les hommes que les femmes	3

3. Dans le groupe de personnes que vous venez d'identifier est-ce qu'il y a une tranche d'âge qui est plus à risque?

NOMMER LES CHOIX	
Moins de 20 ans	1
Entre 20 et 40 ans	2
Plus de 41 ans	3

4. Selon vous, combien de personnes se suicident par jour au Québec?

INDIQUER LE CHIFFRE QUE LA PERSONNE DONNE	
_____	1
Ne sait pas	2
Refuse de répondre	3

5. Quelles sont les ressources que vous connaissez en prévention du suicide? (5 maximum)

NE PAS LES NOMMER/INDIQUER L'ORDRE DE PRIORITÉ (plus d'une réponse possible)	
Conjointe	<u>1</u>
Collègues de travail	2
Amies/amis	3

Famille (père, mère, frère, sœur)	4
Psychologues	5
Médecins (sauf psychiatre)	6
Psychiatres	7
Prêtres	8
Travailleurs sociaux	9
Professeurs/enseignants	10
Centre de prévention du suicide	11
Programme d'aide aux employés	12
Services d'aide téléphonique (ex :tel-aide)	13
CLSC	14
Hôpitaux/urgence	15
Centres de crise	16
Police/911	17
Autres	18
Précisez	

6. Si l'un de vos proches présentait des signes suicidaires, quelles sont les trois premières ressources vers lesquelles vous lui diriez de s'adresser?

NE PAS LES NOMMER/INDIQUER
L'ORDRE DE PRIORITÉ

Conjointe	1
Collègues de travail	2
Amies/amis	3
Famille (père, mère, frère, sœur)	4
Psychologues	5
Médecins (sauf psychiatre)	6
Psychiatres	7
Prêtres	8
Travailleurs sociaux	9
Professeurs/enseignants	10
Centre de prévention du suicide	11
Programme d'aide aux employés	12
Services d'aide téléphonique (ex :tel-aide)	13
CLSC	14
Hôpitaux/urgences	15
Centres de crise	16
Police/911	17
Autres	18
Précisez	

Sur une échelle de 0 à 10 indiquez-nous en quoi les énoncés qui suivent correspondent ou non à ce que vous **en pensez PERSONNELLEMENT**:

	Ne correspondent pas										Correspondent		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ne sait pas	Refus
7. Le suicide est la solution ultime lorsque la personne n'en peut plus de souffrir*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
8. Il est mal vu pour un homme de montrer sa peine.+	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
9. Les hommes comme les femmes ont le droit d'éprouver et de laisser voir leur souffrance +	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
10. Lorsqu'une personne veut se suicider, on doit la laisser faire un point c'est tout.*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
11. Un homme qui montre sa peine, je perçois cela comme de la faiblesse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

12. Si la situation se présentait, vous sentiriez-vous **ÉMOTIONNELLEMENT** capable d'intervenir pour prévenir le suicide chez l'un de vos proches?

OUI..... 1

NON 2

13. Si vous pensiez sérieusement à vous suicider, auriez-vous l'intention de demander de l'aide avant de poser un geste en ce sens?

OUI..... 1 ➤ passez à la question 14

NON 2 ➤ passez à la question 15

14. (Si OUI) Indiquez SVP quelles seraient les chances que vous demandiez qu'on vous aide?

Aucune chance											Fortes chances	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

15. Avez-vous déjà eu besoin d'aide au plan psychologique ou moral par le passé?

OUI..... 1 ➤ passez à la question 16

NON 2 ➤ passez à la question 17

16. Lorsque vous avez eu besoin d'aide psychologique dans le passé, à qui avez-vous demandé cette aide?

NE PAS LES NOMMER/INDIQUER L'ORDRE DE PRIORITÉ	
Conjointe	1
Collègues de travail	2
Amies/amis	3
Famille (père, mère, frère, sœur)	4
Psychologues	5
Médecins (sauf psychiatre)	6
Psychiatres	7
Prêtres	8
Travailleurs sociaux	9
Professeurs/enseignants	10
Centre de prévention du suicide	11
Programme d'aide aux employés	12
Services d'aide téléphonique (ex :tel-aide)	13
CLSC	14
Hôpitaux/urgence	15
Centres de crise	16
Police/911	17
Autres ↷	18
Précisez _____	

17. Si vous aviez à demander de l'aide, qu'est-ce que vous attendriez de la personne ou de l'organisme qui vous la donne?

NE PAS LES NOMMER/plus d'un si requis	
Ne pas être jugé	1
Être écouté	2
Avoir une place qui m'appartient	3
Avoir du support pour comprendre ce qui m'arrive	4
Que ce soit anonyme ou confidentiel	5
Que ce soit près de chez moi ou facile d'accès	6
Que ce soit disponible en tout temps	7
Que je me sente mieux tout de suite après	8
Autres ↷	9
Précisez _____	

Au sujet d'une demande d'aide éventuelle, certaines statistiques démontrent que les hommes hésitent à demander de l'aide... indiquez-nous, sur une échelle de 0 à 10, en quoi les énoncés qui suivent correspondent à ce que vous **EN pensez**

PERSONNELLEMENT?

	avec ce que je pense										Correspond Tout à fait		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Refus	Ne sais pas
18. Je n'ai pas besoin d'aide, je suis habituellement capable de m'organiser tout seul.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
19. Lorsque ça va mal, je le vois pas venir...un moment donné ça me saute dessus!	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
20. Mieux vaut se débrouiller seul avant de demander de l'aide.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
21. Si j'ai un problème, ça ne passera pas tout seul.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
22. Pour éviter de perdre nos amis, vaut mieux ne jamais leur parler de nos problèmes.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
23. Demander de l'aide, c'est signe que j'ai échoué	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
24. Si je demandais de l'aide, je serais préoccupé par ce que mon entourage en penserait.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
25. Être responsable, autonome, performant et compétent, c'est être capable de toujours régler ses problèmes seuls.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
26. Les gens autour ne sauraient pas comment m'aider si j'avais un problème.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
27. Les services d'aide, c'est surtout pour les femmes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
28. Lorsqu'on a un problème, c'est mieux de le garder pour soi.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
29. J'aime mieux rester actif. Quand je bouge, je me sens mieux.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
30. Un bon moyen d'oublier ses problèmes, c'est de prendre un verre, ou un peu de dope, ça va mieux après.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Sur un échelle de 0 à 10 indiquez-nous si vous être totalement en désaccord (0) ou tout à fait en accord (10) avec chacun des énoncés suivants :

	Désaccord										+ d'accord		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ne sait pas	Refus
31. Le suicide est une solution inacceptable indépendamment des circonstances.*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
32. Il est difficile de s'apercevoir de la souffrance d'un homme.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
33. Le suicide est la première cause de mortalité des hommes entre 15 et 40 ans.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
34. Les hommes autant que les femmes souffrent moralement.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
35. Prévenir le suicide est un devoir et une responsabilité de chaque individu de la société*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Les questions qui suivent abordent divers problèmes personnels. Des milliers de personnes au Québec y ont déjà répondu via l'enquête de Santé Québec.

Pouvez-vous nous dire à quelle fréquence **AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE**

NOMMER LES CHOIX DE RÉPONSE

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
36. Vous êtes-vous senti désespéré en pensant à l'avenir?	1	2	3	4
37. Vous êtes-vous senti seul?	1	2	3	4
38. Avez-vous eu des blancs de mémoire?	1	2	3	4
39. Vous êtes-vous senti découragé ou avez-vous eu les « bleus »?	1	2	3	4
40. Vous êtes-vous senti tendu ou sous pression?	1	2	3	4
41. Vous êtes-vous laissé emporter contre quelqu'un ou quelque chose?	1	2	3	4
42. Vous êtes-vous senti ennuyé ou peu intéressé par les choses?	1	2	3	4
43. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	1	2	4	4
44. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	1	2	3	4

45. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti sur le point de pleurer?	1	2	3	4
46. Vous êtes-vous senti agité ou nerveux intérieurement?	1	2	3	4
47. Vous êtes-vous senti négatif envers les autres?	1	2	3	4
48. Vous êtes-vous senti facilement contrarié ou irrité?	1	2	3	4
49. Vous êtes-vous fâché pour des choses sans importance?	1	2	3	4

50. Relativement aux dernières questions...Depuis combien de temps ressentez-vous ces manifestations?

INSTRUCTION : Si la personne n'a pas eu ces manifestations (jamais) aux quatorze dernières questions répondre 1.

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|-------------------------|
| N'a pas eu ces manifestations | 1 | ➤ | Passez à la question 54 |
| Les deux dernières semaines..... | 2 | ➤ | Passez à la question 54 |
| Le dernier mois..... | 3 | ➤ | prenez à la question 54 |
| Les six derniers mois..... | 4 | ➤ | Passez à la question 51 |
| La dernière année..... | 5 | ➤ | Passez à la question 51 |
| Plus d'un an..... | 6 | ➤ | Passez à la question 51 |

51. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre vie familiale ou sentimentale?

- | | |
|-----------|---|
| OUI..... | 1 |
| NON | 2 |

52. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre capacité de travailler ou de poursuivre vos études (ou de vaquer à vos activités quotidiennes)?

- | | |
|-----------|---|
| OUI..... | 1 |
| NON | 2 |

53. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations vous ont restreint dans vos activités sociales (loisirs, rencontres avec votre parenté, des amis, autres)?

- | | |
|-----------|---|
| OUI..... | 1 |
| NON | 2 |

54. Avez-vous consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations?

- | | | | |
|-----------|---|---|-------------------------|
| OUI..... | 1 | ➤ | prenez à la question 55 |
| NON | 2 | ➤ | prenez à la PAGE 8 |

55. (Si oui) Qui était-ce? Dans l'ordre chronologique (3 maximum)

NE PAS LES NOMMER/INDIQUER L'ORDRE	
Conjointe	<u>1</u>
Collègues de travail	2
Amies/amis	3
Famille (père, mère, frère, sœur)	4
Psychologues	5
Médecins (sauf psychiatre)	6
Psychiatres	7
Centre de prévention du suicide	8
Programme d'aide aux employés	9
Services d'aide téléphonique (ex :tel-aide)	10
CLSC	11
Hôpitaux/urgence	12
Centres de crise	13
Prêtres	14
Travailleurs sociaux	15
Professeurs/enseignants	16
Police/911	17
Autres	18
Précisez	

Les questions qui suivent abordent un sujet plus personnel, la PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE

Je vous rappelle que ce que vous allez me dire demeure confidentiel.

Les questions suivantes sont un relevé de vos opinions; il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seule votre opinion véritable compte. Pour chaque item, veuillez NOUS INDIQUER si vous êtes : totalemment d'accord, en accord, indécis, en désaccord, totalemment en désaccord.

	Totalemment d'accord	En accord	Indécis	En désaccord	Totalemment en désaccord
56. Les centres de prévention du suicide enfreignent les droits d'une personne de s'enlever la vie (5).	1	2	3	4	5
57. Les personnes atteintes d'une maladie incurable doivent être autorisées à se suicider d'une manière digne (13).	1	2	3	4	5
58. Le suicide est une façon acceptable d'achever une maladie incurable (18).	1	2	3	4	5
59. Le suicide est acceptable chez les personnes âgées et les personnes handicapées (25).	1	2	3	4	5
60. Nous devrions pouvoir prévenir le suicide de plusieurs personnes car la plupart d'entre elles n'agissent pas rationnellement durant cette période. (50).	1	2	3	4	5
61. Si quelqu'un décide de se suicider, c'est de ses affaires et nous ne devrions pas intervenir (70).	1	2	3	4	5
62. Nous devrions avoir des « cliniques du suicide » où les personnes qui ont envie de mourir pourraient le faire d'une manière privée et sans douleur (79).	1	2	3	4	5
63. Les gens n'ont pas le droit de s'enlever la vie (95).	1	2	3	4	5

64. **Dans votre vie**, vous est-il arrivé de **penser** sérieusement à vous suicider (à vous enlever la vie) en prévoyant un moyen pour le faire?

- OUI..... 1 ➤ passez à la question 65
NON 2 ➤ passez à la question 67

65. (SI OUI) Avez-vous **SÉRIEUSEMENT pensé** à vous suicider au cours des **12 derniers mois**, en prévoyant un moyen pour le faire?

- OUI..... 1 ➤ passez à la question 66
NON 2 ➤ passez à la question 67

66. (SI OUI) Avez-vous **pensé** à vous suicider au cours des **2 dernières semaines** en prévoyant un moyen pour le faire?

- OUI..... 1 ➤ passez à la question 67
NON 2 ➤ passez à la question 67

67. Au cours de votre vie avez-vous fait une tentative de suicide?

- OUI..... 1 ➤ passez à la question 68
NON 2 ➤ passez à la question 72

68. Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous **fait** une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?

- OUI..... 1 ➤ passez à la question 69
NON 2 ➤ passez à la question 70

69. Au cours des **2 dernières semaines**, avez-vous fait une tentative de suicide?

- OUI..... 1 ➤ passez à la question 70
NON 2 ➤ passez à la question 70


70. Avez-vous été conduit ou vous êtes-vous présenté à l'urgence suite à cette tentative de suicide?

- OUI..... 1 ➤ passez à la question 71
NON 2 ➤ passez à la question 71

71. Veuillez identifier ce ou ces moyens pour la **dernière tentative** que vous avez fait :

NE PAS LES NOMMER/COCHER

Encerlez la bonne réponse pour chacun des moyens suivants

- | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| a) | Médicaments (ex : surdose de somnifères, etc.) | OUI.....1 | NON .....2 |
| b) | Drogues ou alcool | OUI.....1 | NON .....2 |
| c) | Se couper les veines | OUI.....1 | NON .....2 |
| d) | Pendaison | OUI.....1 | NON .....2 |
| e) | Gaz d'échappement d'un véhicule moteur (monoxyde de carbone) | OUI.....1 | NON .....2 |
| f) | Saut | OUI.....1 | NON .....2 |
| g) | Arme à feu | OUI.....1 | NON .....2 |
| h) | Véhicule moteur | OUI.....1 | NON .....2 |
| i) | Autre moyen | OUI.....1 | NON .....2 |
| | | Précisez  | _____ |

72. Selon vous, existe-t-il au Québec des associations ou des organismes venant en aide aux personnes suicidaires?

- | |
|------------|
| OUI.....1 |
| NON .....2 |

QUESTIONS DÉMOGRAPHIQUE

Les questions qui suivent serviront à regrouper vos réponses avec celles des autres répondants. Elles resteront strictement confidentielles.

73. Habitez-vous seul?

OUI.....1
NON2

74. Quel était approximativement votre **revenu personnel total** (incluant pourboires, commissions, pensions, intérêts et rentes) **l'an dernier** avant déductions d'impôts?

Aucun revenu personnel	1
1 \$ -19 999 \$	2
20 000 \$ - 29 000 \$	3
30 000 \$ - 39 000 \$	4
40 000 \$ - 49 000 \$	5
50 000 \$ et plus	6
Ne sait pas	7
Refus de répondre	8

75. Quelle est votre occupation principale (INSTRUCTIONS :utiliser l'occupation qui prend la majorité des heures dans une semaine)?

Vente/bureau/service	1
Travailleur manuel (manœuvre ou journalier dans construction)	2
Ouvrier spécialisé (ex :électricien, ébéniste) ou semi-spécialisé (apprenti ou assistant du spécialiste)	3
Travailleurs des sciences technologiques	4
Professionnels (ex : médecin, psychologue, travailleur social)	5
Gestionnaire/administrateur/propriétaire	6
Au Foyer (occupé aux tâches du foyer et ne cherche pas d'autres emploi).	7
Étudiant	8
Retraité	9
Sans emploi rémunéré à l'extérieurs du foyer, mais cherche un emploi	10
Refuse de répondre	11


76. Quel est votre niveau de scolarité complété?

Primaire ou moins (7e année)	1
Secondaire (DES) de formation générale ou professionnel (12e année)	2
Collégiale générale ou professionnel	3
Diplôme universitaire (BAC, maîtrise, doctorat)	4
Refuse de répondre	5
Ne sait pas	6

77. Quel âge avez-vous? _____

Si la personne refuse, obtenir un âge approximatif : _____

78. Lorsque vous éprouvez certaines difficultés dans votre vie, que faites-vous pour vous faire plaisir?

NE PAS LES NOMMER/COCHER	
Souper au restaurant	1
Faire du sport ou des activités physiques	2
Sortir avec des amis	3
Cinéma	4
Lire un bon livre	5
Prendre un coup (ou prendre une bière)	6
Avoir des relations sexuelles	7
Autres	8
Précisez  _____	

APPENDICE B

Questionnaire post-test

**QUESTIONNAIRE SUR LA SEMAINE DE PRÉVENTION DU SUICIDE
AU QUÉBEC (POST-TEST)**

À ajouter à celles en prétest

79. Avez-vous entendu parler de la Semaine de prévention du suicide 2000?

- OUI..... 1 ➤ Passez à la question 80
NON 2 ➤ Passez à la question 81

80. (Si OUI)...De quelles façons en avez-vous entendu parler?

NE PAS LES NOMMER/ PLUS D'UNE RÉPONSE
POSSIBLE

Télévision.....	1
Radio.....	2
Internet.....	3
Affiche publicitaire.....	4
Programme d'aide aux employé/syndicat.....	5
Activités / séance d'information	6
Discussion avec collègues, famille ou amis	7
Ne sait pas	8
Autres..... ➡ précisez	9

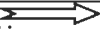
81. Avez-vous vu l'affiche qui présente le message de cette année?

- OUI..... 1 ➤ Passez à la question 83
NON 2 ➤ Passez à la question 82

82. L'affiche représentait un homme assis seul sur un banc en ville...vous rappelez-vous?


- OUI..... 1 ➤ Passez à la question 84
NON 2 ➤ Passez à la question 86

83. (SI OUI) Pourriez-vous la décrire?



NE PAS LES NOMMER/Indiquer l'ordre dans lequel elles sont dites	
Message sur le suicide	1
Il faut demander de l'aide si on est suicidaire	2
Message sur la prévention du suicide	3
La souffrance n'a pas de genre	4
Se sont surtout les hommes qui se suicident	5
Un homme	6
Un banc	7
La ville	8
Un décor flou	9
Date de la semaine de prévention du suicide	10
Noms des commanditaires (Desjardins ou AQS)	11
Souffrance, solitude, malaise	12
Nom de l'organisme qui a distribué l'affiche	13
Incapable de la décrire	14
Autres.....  précisez _____	15

84. Selon vous, quel était le message que l'affiche voulait véhiculer?

NE PAS LES NOMMER/Indiquer l'ordre dans lequel elles sont dites	
Promotion de la Semaine de prévention du suicide	1
Message sur la prévention du suicide	2
Message sur le suicide	3
Il faut demander de l'aide si on est suicidaire	4
La souffrance n'a pas de genre	5
Les hommes souffrent	6
Se sont surtout les hommes qui se suicident (80% des suicides sont commis par des hommes)	7

Date de la semaine de prévention du suicide	8
Noms des commanditaires (Desjardins ou AQS)	9
Souffrance, solitude, malaise	10
Ne sait pas	11
Autres.....  précisez	12

85. Où avez-vous vu cette affiche?

NE PAS LES NOMMER (plus d'une réponse possible)	
Caisse Populaire Desjardins	1
CLSC, centre jeunesse, centres de réadaptation et d'accueil.	2
Hôpitaux	3
Canadian Tire, Reno dépôt, Rona l'entrepot	4
Centre commercial /magasins à rayons (sauf Réno, Rona et Canadian Tire)	5
Garage	6
Milieu de travail (PAE + syndicats compris)	7
Centre de prévention du suicide	8
École/Cegep/université	9
Bureau de psychologue	10
Bureau de médecins (psychiatre inclus)	11
Centre locaux d'emploi	12
Restaurant/ bar/brasserie	13
Aréna/ centre de conditionnement physique	14
Corps policier/établissement de détention	15
Ne sait pas	16
Autres..... 	17
Précisez 	

86. Et l'affiche sur laquelle il y avait des hommes dans un vestiaire d'arena (chambre des joueurs) l'avez-vous vu?

OUI.....1
NON2

87. Avez-vous vu le message à la télé relativement à la Semaine de prévention du suicide?

- OUI..... 1 ➤ Passez à la question 88
NON 2 ➤ Passez à la question 90

88. Est-ce que ce message télévisé vous a rejoint (touché)?

- OUI..... 1 ➤ Passez à la question 89
NON 2 ➤ Passez à la question 90

89. Qu'est-ce qui a le plus suscité votre intérêt ou votre attention?

	<u>Plus d'un possible</u>
NE PAS LES NOMMER/Indiquer l'ordre ds lequel elles sont dites	
Message sur le suicide	1
Il faut demander de l'aide si on est suicidaire	2
Message sur la prévention du suicide	3
Un gars qui mange avec des amis	4
Ce sont surtout les hommes qui se suicident	5
Un gars qui n'a pas l'air bien	6
« Soyons attentifs »	7
Les gens qui se suicident donnent des signes avant	8
Numéro de téléphone ressource 1 800 696-5858	9
Date de la semaine de prévention du suicide	10
Noms des commanditaires (Desjardins ou AQS)	11
C'est pas facile de reconnaître la souffrance	12
Musique	13
La voix du porte parole (Mario St-Amand)	14
Ne sait pas	15
Autres..... ➡ précisez _____	16


90. Avez-vous entendus le message à la radio?

- OUI..... 1 ➤ Passez à la question 91
NON 2 ➤ Passez à la question 94

91. Est-ce que ce message a capté votre attention?

OUI.....1
NON2

92. Qu'est-ce qui a suscité votre intérêt dans ce message?

NE PAS LES NOMMER/INDIQUER L'ORDRE DS LEQUEL, ELLES SONT DITES	
La musique	1
Le porte parole (Mario St-Amand)	2
La voix de Mario St-Amand	3
Les mots utilisés dans le message	4
Reconnaître la souffrance	5
Message sur le suicide	6
Il faut demander de l'aide si on est suicidaire	7
Message sur la prévention du suicide	8
La souffrance n'a pas de genre	9
Ce sont surtout les hommes qui se suicident	10
Date de la semaine de prévention du suicide	11
Ne sait pas	12
Autres.....  précisez _____	13

Dites-nous si oui ou non les énoncés suivants correspondent avec les messages que vous avez vus ou entendus cette année :

NOMMER CHACUN DES ÉNONCÉS	OUI	NON
93. Le suicide... jamais de la vie	1	2
94. Les hommes souffrent mais ne demandent pas d'aide	1	2
95. 80% des suicides sont commis par des hommes	1	2
96. La souffrance n'a pas de genre!	1	2
97. Osons en parler	1	2
98. S'entraider pour la vie	1	2
99. S'entraider car la vie est si fragile	1	2
100. La prévention ça commence chez soi	1	2
101. Le suicide ça finit pas là	1	2
102. Il y a toujours quelqu'un pour t'aider	1	2

103. Les médias ont présenté différentes activités sur la prévention du suicide durant la semaine accordée à cette cause. En fonction de la liste que je vais vous énumérer, dans quel (s) médias avez-vous vu ou entendu les messages? (types de clientèles rejointes selon les médias)

Nommer le type de médias (cocher plus d'un si requis)		
Les médias écrits à vocation nationale :		
	La Presse	1
	Le Devoir	2
	Le Journal de MTL	3
	Le Journal de Québec	4
Les médias écrits à vocation régionale		5
	Le Droit (Outaouais)	6
	La Tribune (Sherbrooke)	7
	La Voix de l'est (Granby)	8
	Le Nouvelliste (Trois-Rivières)	9
	Le Soleil (Québec)	10
	Le Quotidien (Chicoutimi) & Progrès Dimanche	11
Les médias écrits à vocation locale		12
Les médias télévisés à vocation nationale :		
	SRC	13
	TQS	14
	TVA	15
	Télé-Québec	16
Votre station de radio		17
NE SAIT PAS		18
Autres → précisez		19

104. Selon vous, qui était visé par la campagne de cette année ?

NE PAS LES NOMMER/INDIQUER LA RÉPONSE	
a) Hommes	1
b) Tout individu concerné par le suicide (tant les hommes que les femmes)	2
c) Les hommes de moins de 20 ans	3
d) Les hommes entre 20 et 40 ans	4
e) Les femmes et jeunes filles (incluant conjointe)	5
f) Les personnes âgées	6
g) La famille des gens suicidés	7
h) Ne sait pas	8
i) Autres → précisez _____	9

105. Qui était le porte-parole de la semaine de prévention du suicide cette année?

RÉPONSE Mario St-Amand,, un acteur de téléroman.

Pierre dans <u>Karmina</u>	Sylvain dans <u>Histoire de filles</u>	Michel Valois dans <u>Réseau</u>	Jean-Pierre/ (sidéen) <u>Amour avec un grand A</u>
Antoine dans <u>Automne Sauvage</u>	Sergent Davila dans <u>Opération Tango</u>	Jo Sarkos dans <u>Quai 1</u>	Alain (schizopène) <u>Amour avec un grand A</u>
Jacques dans <u>Love-moi</u>	Louis Coté dans <u>Un peu beaucoup à la folie</u>	Daniel Drolet dans <u>Le bûcher des Innocentes</u>	Robert dans <u>Scoop III et IV</u>
Mathieu dans <u>La nuit tous les chats sont gris</u>	Phillipe Bernard dans <u>La part des anges</u>	Sam Parslow dans <u>Grands Procès</u>	Simon Laurin <u>Watatatow</u>
François dans <u>l'Or du temps</u>	Mathieu dans <u>Les Grands remous</u>	Olivier dans <u>Et pour toujours</u>	Rôle au Théâtre

Réussite.....1 Passez à la question 106
 Échec.....2 Passez à la question 107
 Ne sait pas.....3 Passez à la question 107

106. (Si réussite) Sur une échelle de 0 à 10, selon votre opinion, le choix de ce porte-parole, était-il approprié?

Non approprié										Approprié
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

107. Avez-vous participé à certaines activités dans le cadre de la Semaine de prévention du suicide 2000? INSTRUCTIONS : écouter la télé ne compte pas.

OUI.....1 Passez à la question 108

NON.....2 Passez à la question 110

108. (SI OUI) À quel (s) type (s) d'activités avez-vous participé(s)?

NE PAS LES NOMMER/COCHER (PLUS D'UNE ACTIVITÉ POSSIBLE)	
Activités de sensibilisation	1
Activités de formation (16 hrs et +)	2
Journée de réflexion	3
Conférence	4
Débat midi	5
Projection de film ou vidéo	6
Kiosque de sensibilisation	7
Souper ou dîner causerie/bénéfice	8
Activité de promotion mieux-vivre	9
Colloque	10
Autres..... ↷	11
Précisez ↷	

109. Avez-vous appris quelque chose de cette (ou ces) activité (s)?

OUI.....1

NON2

En fonction de chacun des énoncés, indiquez-nous sur une échelle de 0 à 10 votre degré d'accord avec l'énoncé.

	Désaccord										d'accord		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ne sait pas	Refus
110. La Semaine de prévention du suicide est nécessaire et suffisante.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
111. La promotion de la prévention du suicide devrait être faite toute l'année.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
112. Les activités de la Semaine de prévention du suicide ne sont pas très pertinentes.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
113. J'ai acquis des connaissances sur le suicide et sa prévention durant la Semaine dédiée à cette cause.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

114. Selon vous quel organisme initie ou organise la Semaine de prévention du suicide?

NE PAS LES NOMMER/ INDIQUER UNE RÉPONSE

Gouvernement.....	.....1
Association Québécoise de Suicidologie (AQS)	.....2
Syndicat	.....3
Fondation de la maladie mentale	.....4
Suicide Action Montréal	.....5
Assurance-vie Desjardins/ Caisse populaire Desjardins	.....6
Centre de prévention du suicide (CPS)	.....7
Ne sait pas	.....8
Autres.....	.....9
Précisez ↪ _____	

115. Selon vous quel organisme commandite financièrement ou parraine cette Semaine de prévention du suicide?

NE PAS LES NOMMER/ INDIQUER LA RÉPONSE	
Gouvernement.....	.....1
Assurance-vie Desjardins-Laurentienne.....	.....2
Ne sait pas	.....3
Autres.....	.....4
Précisez	