



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

Directeur : Professeur F. Paccaud

**EVALUATION DES CAMPAGNES
DE PREVENTION DU SIDA
EN SUISSE**

DEUXIEME RAPPORT DE SYNTHESE

1988

**Françoise Dubois-Arber, Philippe Lehmann,
Dominique Hausser, Felix Gutzwiller**

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

avec la collaboration de :

**Brigitte Birchmeier, Blaise Duvanel, François Fleury, Mark Flückiger,
Christine Gagnebin, Mauro di Grazia, Felix Gurtner,
Marie-Claude Hofner, Rainer Hornung, Simone Hubert, Jean-Blaise Masur,
Marie-Claire Mathey, Janine Resplendino, Jacques-Eric Richard, Inge Schroeder,
Chris Spreyermann, Mathias Stricker, Monique Weber-Jobé, Hughes Wülser,
Peter Zeugin, Erwin Zimmermann**

Cah Rech Doc IUMSP no 39

1989

**CAHIERS DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION**

Adresse pour commande : Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Bibliothèque
17, rue du Bugnon - CH 1005 Lausanne

Citation suggérée : Dubois-Arber F, Lehmann Ph, Hausser D, Gutzwiller F.
- Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse -
sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.
(Deuxième rapport de synthèse) Décembre 1988.
- Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et
préventive, 1989, 102 p.
- (Cah Rech Doc IUMSP, no 39). Prix : CHF 25.-.

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION	5
2.	CONCLUSIONS	13
2.1	Connaissances, attitudes et comportements	13
2.2	Processus des campagnes de prévention	15
3.	RECOMMANDATIONS	20
3.1	Recommandation générale	20
3.2	Publics-cibles de la prévention	21
3.3	Contenus des messages	23
3.4	Promotion des préservatifs	25
3.5	Diffusion de la campagne nationale	26
3.6	Partenaires pour la prévention	27
3.7	Politique drogue	31
3.8	Le test	32
4.	CHANGEMENTS EN COURS EN SUISSE	33
4.1	Confirmation de l'acquisition des connaissances essentielles	33
4.2	Il reste des lacunes de connaissances et des incertitudes	36
4.3	Les représentations, les croyances	38
4.4	Attitudes : la panique disparaît pour faire place à une inquiétude plus raisonnée. Le SIDA est parmi nous	39
4.5	Un cas particulier : les attitudes des professionnels face au SIDA	42
4.5.1	Les professionnels de la santé	42
4.5.2	Les professionnels de l'éducation et les assistants sociaux	44
4.6	Les comportements changent : confirmation des tendances	44
4.6.1	Les 17-30 ans	44
4.6.2	Les jeunes tessinois	47
4.6.3	Le marché des préservatifs	47
4.6.4	Les adolescents et les cours d'éducation sexuelle	50
4.6.5	La "zone"	51
4.6.6	Les recrues (jeunes hommes de 20 ans)	52
4.6.7	Les migrants	52
4.6.8	Les sex-touristes	53
4.7	la gestion individuelle du risque	56

4.8	Déclencheurs (de protection) et résistances (au préservatif)	56
5. PROCESSUS EDUCATIFS		58
5.1.	Diffusion des messages de prévention de la campagne nationale	58
5.1.1.	Campagne STOP-SIDA	59
	Des affiches	59
	Publicité dans la presse écrite	60
	Au cinéma	61
	A la télévision	61
	Le bus STOP-SIDA	62
	Les "invasions" de préservatifs	63
5.1.2.	Les actions nationales de l'ASS	63
5.1.3.	Les actions préventives de l'OFSP	64
5.1.4.	Efforts multiples et réception des messages	64
5.2.	Actions multiplicatrices au niveau des cantons	65
5.2.1.	Dans les écoles	65
	Les matériels pédagogiques	66
	La mise en oeuvre des programmes de prévention dans les écoles	68
5.2.2.	Les programmes pilotes pour les toxicomanes de la rue	69
	L'exemple bernois	70
	L'exemple bâlois	71
	L'exemple zurichois	71
5.2.3.	Les actions des antennes régionales de l'ASS	72
5.3.	Actions multiplicatrices chez les professionnels	73
5.3.1.	Que font-ils ?	73
	Au cabinet médical	73
	Dans les services hospitaliers	75
	Dans les institutions sociales	76
5.3.2.	Quelle formation ont-ils et veulent-ils ?	76
	Le point de vue des médecins	77
	Et dans les hôpitaux	77
	Les travailleurs sociaux	77
	Pour tous il y a une formation nécessaire	78
5.4.	D'autres actions multiplicatrices	78
5.4.1.	Les initiatives préventives des médias	78
5.4.2.	L'information à l'école de recrues	79
5.4.3.	Les messages aux voyageurs internationaux	79
5.4.4.	Les parents sont utiles	79
5.5.	Le test de dépistage des anticorps du VIH	80
6. INFLUENCES DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL		82
6.1	Relation entre l'environnement social et la prévention	82
6.2	Comment la presse présente le SIDA	82
6.3	La politique du SIDA	86
6.3.1	Politique fédérale	86
6.3.2	Politiques cantonales	88
6.4	Les années cul / les années coeur	91

ANNEXE : BREVE DESCRIPTION DES ETUDES	95
Etudes de résultats	95
Etudes de processus	98
Etudes d'environnement	101

1. INTRODUCTION

Avec une incidence cumulée de 108 cas de SIDA par million d'habitants (702 cas au 31.12.88 dont 335 sont décédés), la Suisse est un des pays européens les plus touchés par la maladie. 52 % des malades sont des homosexuels ou bisexuels, 30 % des toxicomanes, 9 % des personnes chez qui la transmission hétérosexuelle est présumée. Les 9 % restant comprennent les enfants, les hémophiles, les receveurs de transfusions et les cas incertains¹. La prévalence estimée de porteurs du VIH dans la population hétérosexuelle se situe entre 0.003 % (prévalence chez les donneurs de sang) et 1 % (prévalence chez les hétérosexuels ayant des comportements à risque, se présentant dans les centres de dépistage anonyme). Elle est de l'ordre de 15 % chez les homosexuels².

Les responsables de santé publique en Suisse ont développé, dès l'apparition de l'épidémie de SIDA, un programme de lutte contre la maladie coordonné sur le plan national, dirigé par l'Office Fédéral de la Santé Publique et l'Aide Suisse contre le SIDA. La stratégie de prévention s'adresse aussi bien à l'ensemble de la population qu'aux milieux plus exposés, directement ou par le canal de personnes et institutions susceptibles de répercuter les messages préventifs (dites multiplicateurs). Il s'agit d'une campagne continue et évolutive, adaptée aux différents publics-cibles et recourant à toute une diversité de médias.

Ce programme de lutte contre le SIDA inclut, aussi de manière globale, continue et évolutive, une évaluation scientifique indépendante depuis la fin de 1985.

L'évaluation vise plusieurs objectifs :

- mesurer précisément le degré de réalisation des buts (**résultats**) des campagnes entreprises,
- identifier les facteurs directs ou indirects de changements d'attitudes et de comportements dans les milieux visés et examiner les **processus** éducatifs de prévention,
- contribuer continuellement au succès des campagnes en suggérant les corrections ou adaptations qui paraissent nécessaires.

Elle s'inscrit donc très intimement dans le contexte de la planification générale de la lutte contre le SIDA en Suisse.

¹ Bull OFSP no 4, 30 janvier 1989.

² SIDA-Information. Bull OFSP no 3, 28 janvier 1988.

Le groupe d'évaluation s'est engagé à fournir tous les six à sept mois des résultats et des recommandations aux responsables des campagnes de lutte contre le SIDA au niveau national et à tous les intervenants intéressés. Il l'a déjà fait en novembre 1986³, août 1987⁴, janvier⁵ et juillet 1988⁶. Il est prévu que le programme d'évaluation se poursuive jusqu'en 1991 au moins.

L'intervention des campagnes s'adresse à la population dans son ensemble et, directement ou non, aux membres de groupes-cibles très variés et aux frontières souvent mal définies, comme les personnes à mobilité sexuelle occasionnelle ou durable, les homosexuels, les drogués, les prostituées et leurs partenaires sexuels, les adolescents, les parents, les éducateurs, etc. Pour chacun de ces groupes il existe des particularités de culture, de communication, de perceptions, de comportements, de tabous, de normes, etc. et donc aussi de risques. Les groupes ainsi étiquetés ne sont en outre pas homogènes. Les efforts de prévention ne les atteignent pas forcément de la même manière, ni au même moment dans leurs évolutions propres. Il importe donc de saisir dans leur diversité les processus d'information, d'influence et de modification des comportements et de faire émerger les facteurs essentiels pour la réalisation des campagnes.

Ces particularités conditionnent évidemment aussi les méthodes d'enquête s'adressant à ces différentes cibles de l'action préventive.

Des considérations éthiques, les contraintes de temps et des questions de faisabilité, compte tenu de la diversité des groupes concernés, imposent par ailleurs de ne pas mesurer actuellement l'efficacité de la prévention du SIDA par des indicateurs continus de prévalence de l'infection à VIH. Le choix d'indicateurs de résultats précoces, spécifiques à un effet des programmes de prévention, s'est imposé :

- connaissances et croyances sur le SIDA,
- attitudes face au SIDA et face à la prévention, facteurs de résistance et facilitateurs,
- comportements de risque et comportements de protection (usage de préservatifs, diminution du nombre de partenaires sexuels, non-échange de matériel d'injection),
- chiffres de ventes des préservatifs.

³ Hausser D, Lehmann Ph, Gutzwiller F, Burnand B, Rickenbach M. - Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 7).

⁴ Hausser D, Lehmann Ph, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. (Rapport intermédiaire, juillet 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 19).

⁵ Hausser D, Lehmann Ph, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse - sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. (Rapport de synthèse) Décembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 96 p. - (Cah Rech Doc IUMSP no 23).

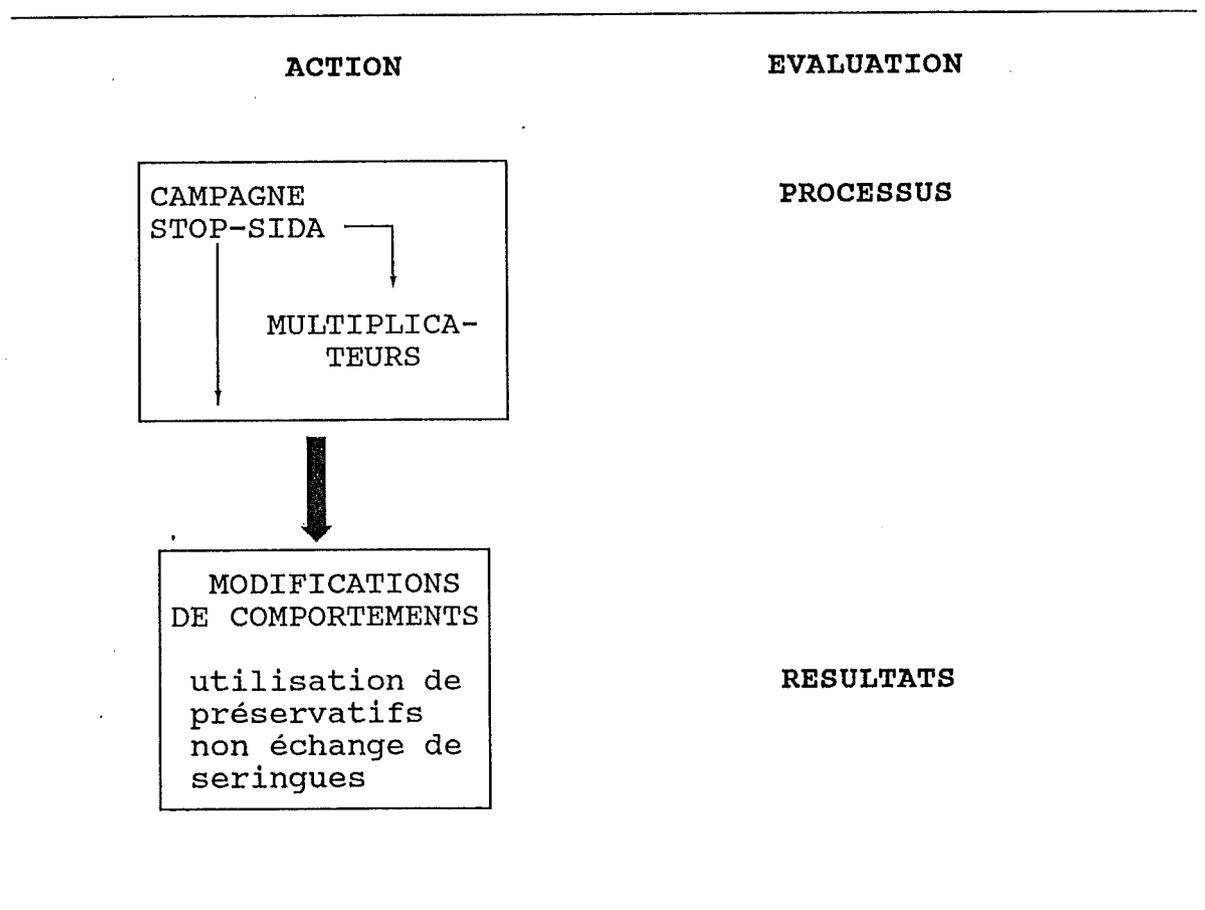
⁶ Dubois-Arber F, Lehmann Ph, Hausser D, Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Rapport intermédiaire. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 31 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 28).

En outre, il faut admettre que la diffusion des messages préventifs et l'exercice des influences ne sont pas en eux-mêmes garantis d'avance et que l'ampleur de la diffusion de chaque action doit déjà être évaluée à toutes les étapes de sa réalisation. Une attention spéciale du programme d'évaluation touche donc les **processus des actions** et leur mise en oeuvre :

- diffusion des campagnes par les médias choisis,
- relais et multiplicateurs sollicités,
- émergence d'actions convergentes ou divergentes,
- légitimité, crédibilité, clarté, pertinence, etc. des actions et messages ainsi que de leurs émetteurs.

L'évaluation doit donc couvrir l'ensemble de ces aspects de résultats et de processus, rapidement mais avec suffisamment de validité pour donner aux responsables des campagnes des indications fondées et utiles. Cela se justifie d'autant plus qu'il importe non seulement de savoir "si globalement le programme a eu du succès" (did it work ?) mais surtout "à quelles conditions, comment, auprès de quelles populations, etc." (how it worked) afin de pouvoir apporter les modifications qui peuvent s'imposer (voir figure 1).

Figure 1 : Relation entre les campagnes et l'évaluation



Les conditions définies ne permettent évidemment pas à une seule étude de rendre compte valablement de l'ensemble des résultats et des processus à l'oeuvre dans la lutte contre le SIDA. Le groupe de travail chargé de l'évaluation a défini ainsi progressivement, année après année, un programme d'ensemble de l'évaluation faisant appel à une pluralité d'études et à des méthodologies adaptées aux populations concernées et aux indicateurs recherchés^{7,8}.

L'intention majeure de ces études est de réunir de la manière la plus appropriée et la plus rapide des indicateurs de tendance sur les principaux aspects des résultats et des processus de la lutte contre le SIDA, en examinant :

- des groupes restreints particulièrement exposés, cibles explicites ou non des campagnes de prévention (exemples : homosexuels, toxicomanes, "drapeurs", "sex-touristes", "zonards"),
- des groupes nombreux en voie de devenir fortement exposés (exemples : 17-30 ans, apprentis, jeunes adultes, immigrants),
- des groupes exposés de façon particulière et/ou ayant un fort impact sur la compréhension du risque par autrui (exemples : personnels hospitaliers, travailleurs sociaux),
- des groupes susceptibles de ou invités à jouer un rôle de multiplicateurs (exemples : parents, enseignants, médecins, éducateurs),
- des institutions chargées de mettre en place des programmes éducatifs ou de prise en charge individuelle (exemples : cantons, autorités scolaires, responsables de l'éducation sexuelle, services de tests VIH),
- le rôle joué par les mass médias,
- les structures et les chiffres de vente du marché des préservatifs.

Ces domaines doivent tous être abordés par des études spécifiques, confiées à des membres du groupe d'évaluation ou à des chercheurs extérieurs. Le programme d'évaluation a toutefois défini un modèle d'analyse⁹ fondé sur les théories de l'apprentissage social et sur les expériences de modification des comportements expérimentées dans des programmes de réduction des risques de maladies cardio-vasculaires, autour duquel s'articulent les études.

Ce modèle postule que l'acquisition de comportements de protection (à travers des modifications de connaissances, de croyances puis d'attitudes) passe par une succession d'étapes pour lesquelles les influences des campagnes d'éducation sont concurrencées ou confortées par les pressions de

⁷ Lehmann Ph, Hausser D, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. - Protocole d'évaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes. - (Cah Rech Doc IUMSP no 16 s.1).

⁸ Lehmann Ph, Hausser D, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. - Protocole scientifique et programme de travail pour l'exercice avril 1988 - mars 1989 de l'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le SIDA. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 56 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 27).

⁹ Hausser D, Lehmann Ph, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. Evaluation des campagnes nationales de prévention contre le SIDA. Modèle d'analyse. Soz Praeventivmed 1987; 32: 207-209.

l'environnement. Une attention particulière est portée entre autres aux notions d'accessibilité des médias, de légitimité des émetteurs et multiplicateurs, d'intégration des messages dans la culture des groupes, d'apprentissage des façons de faire et des manières d'être adéquates. Le modèle suppose aussi que l'efficacité des influences exercées en vue de modifier des conduites individuelles est conditionnée par des actions appropriées à toutes les phases du processus d'apprentissage et par des interactions favorables entre les campagnes et le contexte social dans lequel elles agissent.

L'hypothèse d'efficacité formulée à partir de ce modèle est qu'une campagne centralisée, commencée très tôt et continuellement soutenue, influence directement et indirectement l'apprentissage des comportements et conduites souhaités dans la mesure où elle précède et suscite d'autres actions de prévention, appelle à une multiplication des messages initiaux et facilite l'émergence de messages additionnels (y compris de contre-messages). De la sorte on peut admettre que les résultats observés dans les différents milieux sont l'effet d'une combinaison d'influences, dans laquelle la campagne centralisée joue un rôle de moteur et de référence. De même les corrections successives de la campagne auront à leur tour des répercussions directes ou indirectes sur la population.

En se fondant sur ce modèle, les différentes études spécifiques contribuent à une vision d'ensemble dont il s'agit de faire une synthèse, de dégager les principales tendances, d'identifier les mécanismes à l'oeuvre et les résistances. Par la redondance des analyses faites dans divers milieux ou par l'effet de la complémentarité des données recueillies, on pourra inférer des sujets observés à l'ensemble des personnes concernées par l'épidémie du SIDA. L'évaluation tire en effet son sens de la combinaison (effet puzzle) de résultats qualitatifs et quantitatifs tirés d'un faisceau d'études complémentaires (voir figure 2).

Chacune des études a sa propre méthodologie et ses propres instruments. Toutes appliquent cependant des règles communes concernant l'échantillonnage : s'il n'est pas possible de tirer un échantillon aléatoire d'une population-mère bien connue, on cherche à couvrir toute la diversité du champ visé, à partir de typologies fines, dans au moins deux des régions linguistiques du pays, et ce jusqu'à dépasser le seuil de redondance des informations. Les biais de sélection sont soumis à une analyse critique. Les questionnaires, guides d'entretien et listes de sujets ou variables à établir sont examinés dans leur ensemble par le groupe d'évaluation et couvrent, chacun à sa manière, les thèmes définis par le modèle d'analyse.

Les études font l'objet d'une publication séparée dans la série des Cahiers de recherche et documentation de l'IUMSP, sous la responsabilité des chercheurs et du groupe d'évaluation.

Une brève description des différentes études (voir tableau 1) est présentée en annexe.

Figure 2 : Organisation de l'ensemble des études autour du modèle d'analyse

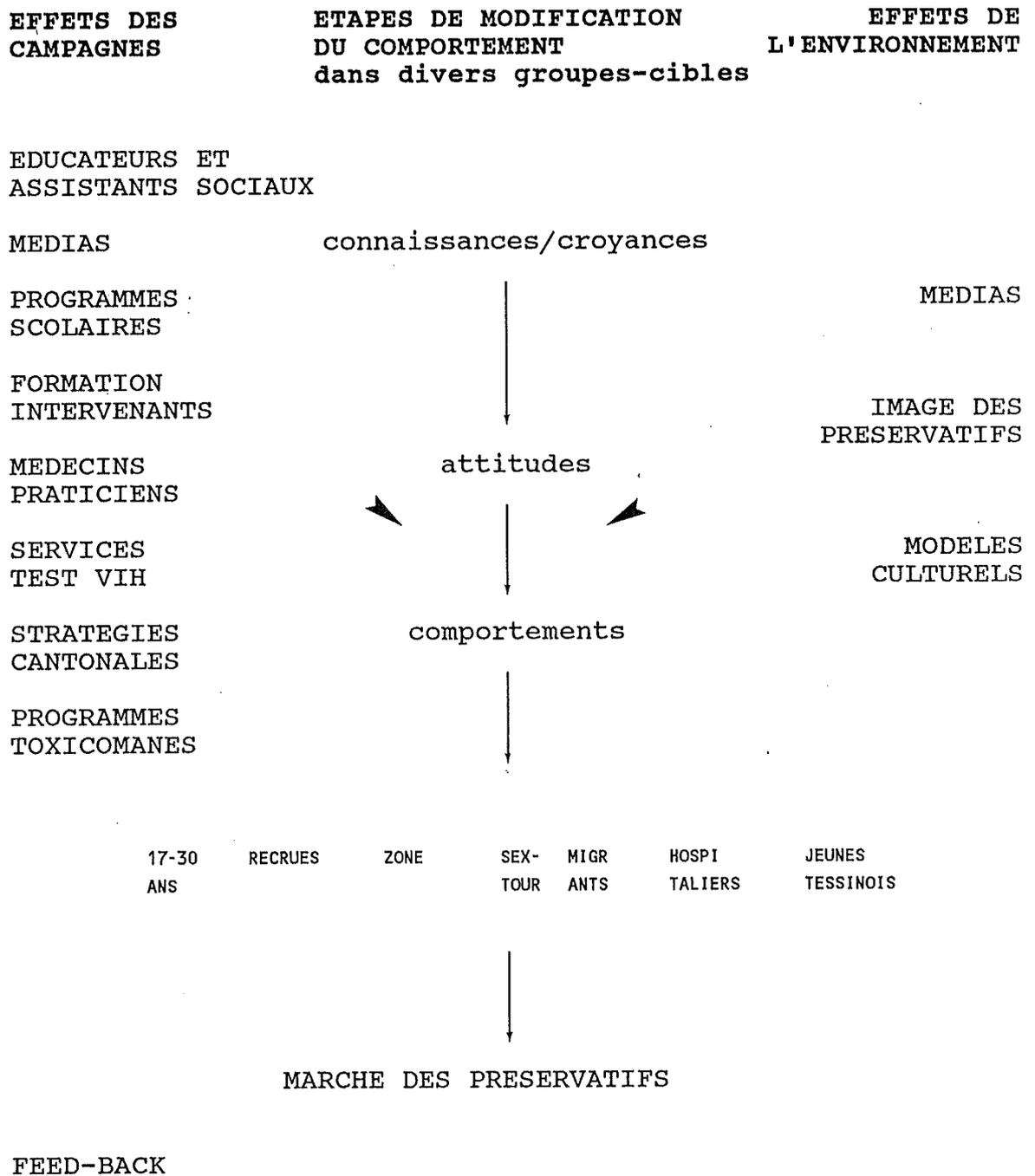


Tableau 1 : Programme d'évaluation.

Première vague : 1985-1986

Enquête ante/post sur l'effet de la diffusion de la brochure d'information tous ménages en mars 1986, par sondage téléphonique (N = 1000 / 1250).

Deuxième vague : 1987-1988

Etudes de résultats

1. Marché des préservatifs
2. Sondage 17-30 ans
3. Patients méd. Sentinelle
4. Jeunes Tessinois
5. Adolescents/apprentis
6. Homosexuels
7. Toxicomanes
8. "Sex-touristes"
9. Dragueurs

Etudes de processus

10. Diffusion de la campagne
11. Répercussion par les médias
12. Leaders informels
13. Politiques cantonales

(N pour les 13 études = env. 5500)

Troisième vague : 1988-1989

Etudes de résultats

1. Marché des préservatifs
2. Sondage 17-30 ans
3. Jeunes Tessinois
4. La "zone"
5. Immigrés
6. Personnels hospitaliers
7. Recrues
8. "Sex-touristes"

Etudes de processus

9. Diffusion de la campagne et répercussion par les médias
10. Politiques cantonales
11. Programmes scolaires
12. Programmes toxicomanes
13. Educateurs et ass. soc.
14. Médecins praticiens
15. Services de test-VIH
16. Formation d'intervenants
17. Feed-back de l'évaluation

Etudes d'environnement

18. Evolution des comportements sexuels, modèles culturels
19. Image du SIDA dans les médias
20. Image des préservatifs

(N pour les 20 études = env. 4000)

Remerciements

L'évaluation n'aurait pu être menée à bien sans le travail important fourni par l'ensemble des chercheurs responsables des études et sans la précieuse collaboration de Simone Hubert, secrétaire du groupe d'évaluation des campagnes SIDA de l'IUMSP.

Il n'y aurait en outre rien à rapporter sans la coopération des nombreuses personnes qui ont accepté de répondre aux différentes enquêtes, dans la population ou parmi ceux qui ont des rôles professionnels.

Qu'ils soient tous ici très vivement remerciés.

2. CONCLUSIONS

2.1 Connaissances, attitudes et comportements

Les connaissances sur les modes de transmission du VIH et sur les moyens de se protéger d'une contamination sont acquises pour la grande majorité de la population en Suisse. Donc, les messages principaux de la campagne (usage du préservatif, non-échange de matériel d'injection / non-entrée dans la toxicomanie, fidélité) ont passé. Mais rien ne permet d'affirmer que les gens ont compris que la présence du SIDA est un fait durable. Il convient maintenant de maintenir les acquis par la répétition et de confirmer que la prévention du SIDA restera un problème d'actualité pour les années à venir. En revanche, il apparaît que certains groupes de migrants, pour des raisons de difficulté d'intégration et de références culturelles différentes sont encore insuffisamment informés.

La perception du risque de transmission hétérosexuelle devient de plus en plus courante dans la population, même dans des groupes souvent plutôt marginalisés comme les migrants ou la "zone". Elle se traduit par une **attitude croissante de concernement** dans le sens d'une réflexion sur le(s) risque(s) personnel(s) couru(s) par le passé et actuellement, même si ce concernement se cache parfois derrière des expressions de rejet des messages de prévention. Toutefois, la perception d'un risque potentiel est trop souvent limitée aux relations sexuelles qui ont lieu en dehors du cadre de relations proches, encore ressenti comme une "bulle protectrice".

La notion de "groupe à risque" diminue au profit de celle de "comportements à risques". Il persiste cependant des tendances à lier l'existence d'un risque à l'appartenance supposée à un groupe particulier, notamment parmi les professionnels de la santé.

Les connaissances sur ce qui n'est pas susceptible de transmettre le SIDA (contacts sociaux, insectes, etc.) ont progressé depuis 1987 mais des **doutes persistent** au sein d'une minorité de la population (par exemple sur les possibilités de transmission par la salive ou sur le risque attribuable aux transfusions). Dans la mesure où des connaissances imprécises peuvent donner lieu à des craintes infondées, inutiles et évitables, un effort supplémentaire dans ce domaine doit être fait, en particulier auprès des adolescents qui devront être pleinement rassurés sur la sécurité de comportements courants tels que baisers et caresses. La certitude de l'absence de risque dans la vie quotidienne favorise d'ailleurs les actes de solidarité avec les personnes touchées par le virus.

On rencontre chez les professionnels de la santé de grandes ambivalences dans la **perception du risque professionnel**, qui est en général surestimé. Ces ambivalences génèrent des craintes qui tendent à se résorber avec l'expérience du contact avec les malades. De telles craintes peuvent causer à leur tour des attitudes de suspicion et de rejet à l'égard du patient, contraires à l'éthique professionnelle. Elles doivent donc être identifiées et apaisées.

Comme en 1987, **les attitudes de stigmatisation à l'égard de groupes ou de personnes sont rares**. Mais il faut distinguer plusieurs niveaux : au niveau institutionnel, stigmatisation et discrimination ont généralement été évitées et un consensus social apparent existe à ce sujet, même si des cas de discrimination (caisses de pension, assurance-vie, embauche) sont parfois rapportés aux antennes régionales de l'ASS. Au niveau individuel, des attitudes de stigmatisation sont exprimées plus souvent, en particulier à l'encontre des toxicomanes. Ces faits méritent la plus grande attention si l'on veut maintenir le climat de sérénité qui a présidé jusqu'à présent dans la lutte contre le SIDA.

La connaissance des modes de transmission du SIDA et des moyens de s'en protéger, une attitude de concernement personnel à l'égard des risques potentiels et des messages de prévention **n'entraînent pas forcément un changement de comportement efficace**. Les personnes expriment des difficultés à gérer la prévention dans la relation à l'autre, avec toute la **dimension émotionnelle** que cela implique. Les stimulations, la compréhension et l'écoute, le renforcement des convictions (par les pairs, les proches, l'environnement social) sont autant d'**aides à l'adoption de comportements sûrs** et ils faut les accroître. Cette dimension émotionnelle de la relation est un élément pertinent pour distinguer deux types de situations où un risque de transmission sexuelle du SIDA est présent :

- les situations de formation de couple, qui se répètent, avec relation affective forte (plutôt rencontrée chez les adolescents et jeunes adultes),
- les situations de type "extra-conjugal", de partenariats multiples ou occasionnels, où la relation affective est moins déterminante (plutôt adultes).

La première est très fréquente, la seconde moins. Les deux nécessitent certainement une approche différente dans la formulation des messages en matière de prévention. Le lien contraception/protection du SIDA est aussi différent dans ces deux situations.

L'exposition à un risque potentiel de contamination sexuelle par le VIH concerne la majorité des jeunes. Ce n'est pas principalement un problème de promiscuité sexuelle mais plutôt un problème de recherche du partenaire avec qui on va faire (un bout de) sa vie : il n'est pas exagéré de dire que presque tout jeune adulte se trouve(ra) exposé, à un moment ou à un autre de sa vie sexuelle, à une situation potentiellement porteuse d'un risque de rencontre avec le VIH.

L'évolution des comportements vers la protection se poursuit et confirme les données recueillies en 1987. Elle est lente mais on l'observe dans tous les groupes étudiés, à des degrés divers. Il y a de plus en plus de gens qui se protègent par les préservatifs lors de relations sexuelles occasionnelles ou lors de l'établissement de nouvelles relations prévues pour durer. D'autres modifications de comportement allant dans le sens de l'évitement de situations ou de comportements à risques et des adaptations individuelles aux messages de prévention sont rapportées : choisir un partenaire dans un milieu proche de soi, renoncer parfois à une relation sexuelle, avoir une période plus longue d'abstinence, etc. Sans que ces modifications puissent toujours être qualifiées d'efficaces du point de vue de la transmission du virus, elles témoignent d'une évolution certaine des comportements.

La mise sur le marché de préservatifs, qui avait connu une forte augmentation juste après le début de la campagne STOP-SIDA en 1987, a atteint en 1988 un niveau de 38 % supérieur à celui de 1986; les chiffres de livraison mensuels de la 2ème moitié de 1988 sont plus élevés que ceux de la même période de 1987. Une lente tendance à la hausse est peut-être en train de reprendre après le boom de début 1987, qui correspondait à l'élargissement du marché (augmentation des points de vente), et qui avait été suivi d'une stagnation des ventes.

Les toxicomanes qui occupent la scène de la rue et qui ne cherchent pas l'aide des programmes de désintoxication montrent des besoins urgents d'assistance dans les domaines de la santé, du logement et de la nourriture, et pour la prévention du SIDA. Lorsque des programmes d'intervention leur sont ouverts et rendent accessible le matériel d'injection, ils acquièrent des habitudes d'hygiène. Les relations avec les intervenants sont caractérisées par la confiance mais peuvent être fortement perturbées par des razzias de la police.

Les demandes des populations interrogées changent : d'une demande d'information générale (satisfaite), on passe à une demande d'information plus spécifique (personnel hospitalier, éducateurs) davantage liée à des situations précises ou à des problèmes pratiques. Mais surtout, il y a une évolution vers une demande de conseil ou de soutien (que faire dans une situation donnée, comment faire) qui n'est pas toujours formulée expressément et qui exige une certaine qualité d'écoute (exemple : conseillères de Pro Familia face aux attentes des jeunes, médecins praticiens face à leur patient). De cette situation découle que les messages relayés par les multiplicateurs doivent devenir de plus en plus précis et adaptés à chaque situation, donc que les multiplicateurs devraient eux-mêmes disposer d'une information (ou d'une formation) très diversifiée et spécifique pour que la décentralisation des tâches de prévention, d'information et de conseil réussisse.

Chaque fois qu'il y a offre (d'information, de conseil), la réception est favorable dans tous les secteurs de la population.

Les connaissances sur le test (signification, usage, utilité) sont encore insuffisantes dans tous les secteurs de la population étudiés. Le test est trop souvent assimilé à un moyen de prévention en soi. Il est encore trop souvent pratiqué dans de mauvaises conditions (counselling insuffisant ou absent avant et après le test).

2.2 Processus des campagnes de prévention

Les contenus des messages des campagnes nationales de lutte contre le SIDA ont été adéquats en recommandant des conduites de protection efficaces et en permettant aux personnes visées de se sentir concernées (et non culpabilisées). Le langage verbal et visuel et la mise en forme ont trouvé des vocabulaires pertinents pour tous les milieux, favorisant l'attention, la compréhension, l'acceptation des consignes et l'auto-identification par le public cible. La nécessité d'une prévention durable a été exprimée par la continuité des messages et l'unité de style. Le soutien de l'attention a été aidé par quelques événements communicationnels.

Des insuffisances subsistent cependant quant à certains contenus de messages et quant à leur adaptation à l'intention de groupes particuliers :

- il manque un discours adapté aux relations affectives et sexuelles des jeunes, qui précise notamment le type de protection offert par la fidélité et les limites de celle-ci (changements de partenaires) et les rassure sur les caresses et le baiser;
- le discours sur la non-entrée dans la toxicomanie par injection (prévention primaire) et sur le risque par l'échange de seringues est resté très faible : ni renouvelé, ni enrichi par des événements, ni renforcé par des documentations à l'usage des médias;
- il manque par ailleurs des messages qui s'adressent aux toxicomanes, parlant explicitement du non-échange de seringues souillées et de l'usage de préservatifs;
- les informations sur "ce qui n'infecte pas" sont restées insuffisantes et n'ont pas fait disparaître certaines fausses croyances ou exagérations concernant des risques résiduels ou théoriques mais pratiquement nuls;
- l'explication des grandes orientations de la prévention, à l'intention des leaders d'opinion, n'a pas retenu l'attention;
- l'adaptation des messages de prévention aux connaissances, perceptions et modes de comportement des migrants est restée tout à fait insuffisante;
- il manque enfin un discours qui permette de rassurer les enfants.

La diffusion des messages des campagnes nationales, par son volume et sa répétition, comme par la diversité des supports communicationnels, a assuré une certaine présence publique permanente de la lutte contre le SIDA. Le renouvellement des images et la succession des vagues ont suscité l'attention et aidé à rappeler la nécessité de conduites de protection durables pour de larges fractions de la population. Sauf quelques expressions de "ras-le-bol" apparent, on n'observe pas de sentiment de saturation dans la population vis-à-vis de la prévention.

Ce sont les **affiches** qui ont atteint le plus grand nombre de personnes visées, suivies par les **spots** à la TV et au cinéma. Les **magazines** et **brochures** ont été amplement diffusés et parfois renforcés par un contexte institutionnel favorable (surtout "PS-jeunes", dans les écoles). Les annonces dans les journaux sont en revanche restées souvent inaperçues. La diffusion de messages dans les programmes de manifestations et dans la presse spécialisée dans le sexe reste certainement aussi une nécessité.

La mise en circulation du **bus STOP-SIDA** et son exploitation intensive dans les manifestations a permis de rapprocher l'information et de personnaliser la sensibilisation du public jeune dans des contextes favorables.

L'existence d'une **direction centrale de la lutte contre le SIDA (OFSP)** au niveau national, qui garantit sa validité scientifique et le respect des orientations sociales, éthiques et politiques, est restée un élément important pour la diffusion directe ou indirecte des messages de prévention. Ce leadership, même s'il reste peu visible, assure aussi la continuité des efforts et garantit le renforcement constant des ressources.

Si l'OFSP est bien perçue comme responsable national de la lutte contre le SIDA et bénéficie d'un consensus politique appréciable, l'ASS est restée méconnue de la grande majorité de la population et des personnes

multiplicatrices. L'alliance entre l'Etat et des associations volontaires regroupant les personnes les plus engagées sur le terrain reste un facteur tout à fait positif.

Les actions de prévention développées au niveau national ont continué à susciter une **multiplication des efforts décentralisés et différenciés**, surtout au niveau **institutionnel** : tous les cantons et bon nombre d'établissements de formation et institutions socio-éducatives ont mis en place des programmes d'information et de conseil, en particulier pour les écoles. Les hôpitaux et organisations des professions de la santé ont aussi retransmis les messages de prévention et adapté les consignes de sécurité à leurs particularités, quoique pas toujours de la façon la plus adéquate.

Les antennes régionales de l'ASS ont assumé de nombreuses tâches d'information et de conseil, bien qu'elles disposent souvent d'un soutien financier et politique insuffisant de la part des cantons.

En revanche, les **professionnels** dont on attendait à titre individuel un rôle de multiplicateurs de la prévention (médecins installés, enseignants, éducateurs et assistants sociaux) se sont montrés peu enclins à prendre des initiatives spontanées vis-à-vis de leur clientèle. Souvent ils jugent que la prévention des comportements à risque n'est pas de leur ressort. Certains craignent en outre d'être ensuite trop sollicités par cette problématique s'ils entrent en matière.

Les prises de position publiques contradictoires du corps médical au sujet du test (notamment les demandes de pouvoir faire des tests à l'insu du patient) et des pratiques abusives dans ce domaine pourraient avoir un effet négatif sur le rôle des médecins pour la prévention en perturbant la relation de confiance que les personnes concernées attendent d'eux.

Les professionnels se sont montrés en revanche prêts à répondre aux demandes de prise en charge des personnes (inquiètes, infectées, malades) qui s'adressent à eux. Leur aisance croît lorsqu'ils ont été déjà plusieurs fois confrontés à ce type de problèmes. Il en va de même pour les personnels hospitaliers.

Il reste encore un effort important de **mobilisation** et de **recherche de consensus** à faire auprès des professionnels et d'autres multiplicateurs comme auprès des parents pour augmenter l'effet de prévention grâce à des communications au niveau individuel.

En outre, les types de personnes généralement difficiles à atteindre (migrants, sex-touristes et clients de prostituées...) entrent souvent en contact avec divers professionnels (médecins, services sociaux, agences de voyage...) qui peuvent les identifier et les conseiller.

Les **autorités politiques**, aussi bien nationales que cantonales, ont opportunément appuyé la lutte contre le SIDA en soutenant les actions éducatives de prévention et en écartant généralement les mesures discriminatoires ou répressives. Leur participation, à côté de notables de la société civile, à la campagne de solidarité de décembre 1988 a été unanimement appréciée. Une présence plus visible des politiciens dans le cadre d'actions éducatives ou de solidarité pourrait encore contribuer au consensus sur ce sujet dans la population.

Les actions de **prévention du SIDA dans le domaine de la toxicomanie** restent en revanche entravées par de nombreux facteurs, parmi lesquels les hésitations, craintes, conflits et découragements qui caractérisent les politiques (fédérale et cantonales) en la matière. Tant que l'approche des drogués restera fondée avant tout sur la répression de la consommation et/ou l'exigence de

l'abstinence, les efforts pour diffuser des comportements d'hygiène et de protection (injections et sexualité) resteront vains, car en butte à l'insécurité et aux contradictions.

Il n'y a pas en Suisse d'institution qui serve de référence qualifiée sur les aspects drogue et SIDA pour les autorités ou pour les professionnels de ce domaine.

Il devient urgent de réviser certaines orientations des politiques de réponse à la toxicomanie, notamment en intervenant auprès des personnes droguées **au plus près de la scène de la consommation** par une assistance sociale, médicale, éducative et pratique (hébergement, nourriture).

Les expériences de ce type faites à Berne, Bâle et Zurich montrent la faisabilité de tels programmes et prouvent qu'ils répondent partiellement à un besoin urgent. Les toxicomanes font effectivement usage des possibilités de soins, de secours, d'obtention de seringues propres. Ils emportent des préservatifs lorsqu'ils sont accessibles.

La presse écrite et audio-visuelle continue à jouer un rôle majeur pour la compréhension populaire de l'infection, de la maladie et des conséquences sociales de l'épidémie. Elle a été, en 1988, peu nourrie par les responsables de la lutte contre le SIDA à part la diffusion des données épidémiologiques nationales. Son attitude vis-à-vis de la prévention est neutre ou plutôt bienveillante. Sauf quelques cas particuliers, les journalistes ne s'investissent pas activement dans une information complète et cohérente sur le SIDA. Il y a même peu de sensibilité critique aux contradictions qui apparaissent dans/entre les dépêches diverses qui sont reproduites. Le SIDA n'a cependant pas été le prétexte à des discours médiatiques discriminatoires.

Les personnes qui interviennent dans la lutte contre le SIDA, par l'information et la prévention comme par la prise en charge des personnes infectées ou malades, présentent des besoins et des demandes de **formation spécifique** et d'**appui** qui ne peuvent pas encore être tous satisfaits. Elles manquent notamment d'éléments de formation ponctuelle ou continue qui permettent de faire face aux situations vécues dans les institutions ou sur le terrain. Les demandes sont souvent liées à une confrontation accrue au problème.

Enfin, il faut rappeler que les modes de comportements, les perceptions et les valeurs, notamment dans le domaine des relations affectives et sexuelles, changent aussi sous l'effet de **multiples autres influences culturelles** et qu'il ne faut pas les ramener systématiquement à la confrontation à l'épidémie du SIDA.

Le fait que les attitudes des habitants de la Suisse restent généralement permissives ou pragmatiques en matière de relations affectives et sexuelles, notamment hors du mariage, constitue un environnement favorable à l'adoption de conduites de protection contre le SIDA, dont les campagnes de prévention doivent tenir compte.

2.3 Conclusion générale

La prévention reste une priorité absolue dans la lutte contre le SIDA en Suisse.

En matière d'information et d'éducation la cible principale des efforts de prévention doit rester la population générale, particulièrement sa fraction jeune.

En matière d'aide et d'action concrète non répressive la cible principale des efforts de prévention est la population des toxicomanes.

Il faut parler des jeunes et aux jeunes, il faut agir auprès des toxicomanes et moins parler d'eux.

3. RECOMMANDATIONS

3.1 Recommandation générale

CONTINUER LES EFFORTS DE PREVENTION.

CONTINUER A AFFIRMER UN EMETTEUR CENTRAL (DES MESSAGES ET DES ACTIONS DE PREVENTION).

RENFORCER ET FAVORISER EN MEME TEMPS LA PREVENTION INDIVIDUELLE PAR LES MULTIPLICATEURS.

Recommandation adressée à : OFSP, ASS, Kreativ Team

- 3.1.1 L'OFSP et l'ASS doivent persister à faire de la prévention la principale stratégie de lutte contre l'épidémie du SIDA, avec autant d'intensité qu'en 1987 et 1988, et dans la continuité des options politiques, éthiques et scientifiques adoptées jusqu'ici.
- 3.1.2 L'OFSP doit conserver le leadership national de la prévention du SIDA, et assurer l'unité d'action et le consensus sur les orientations qu'il a défendues jusqu'ici.
- 3.1.3 L'OFSP, associé à l'ASS, doit se manifester de façon plus présente comme émetteur central des actions de prévention à l'échelle nationale, en mettant en avant son activité, sa qualité de prestataire de services et sa volonté de maintenir la cohésion dans ce domaine.
- 3.1.4 La campagne multi-médias STOP-SIDA doit continuer à s'adresser à toute la population, même si ponctuellement et sous certaines conditions des groupes spécifiques sont ciblés. Elle est la preuve que la prévention du SIDA continue de façon nationale, d'où l'importance de maintenir le logo et une identification claire.
- 3.1.5 La campagne STOP-SIDA doit maintenir l'investissement actuel dans la campagne multi-médias et conserver les 5 thèmes essentiels de la prévention :
 - 1. préservatifs,
 - 2. fidélité/qualité de la relation,

3. non-entrée dans la toxicomanie / non-échange de matériel d'injection,
4. ce qui n'infecte pas,
5. solidarité.

En revanche, il faut cultiver des variantes des messages originaux, adaptées à des populations ou à des situations cibles particulières, notamment pour aider à mettre en pratique la prévention.

- 3.1.6 Parallèlement, accorder une importance accrue aux formes de prévention individuelle par la coopération de tous les multiplicateurs possibles. Il faut les rendre conscients de leur rôle essentiel au stade actuel de la prévention.
- 3.1.7 En dehors de STOP-SIDA, l'OFSP doit augmenter les efforts dans les domaines suivants :
 - entretenir le contact avec les cantons, institutions et multiplicateurs individuels, en allant les voir sur place et en prenant le temps pour les convaincre,
 - favoriser la coopération des partenaires, soutenir leurs initiatives, ne pas se substituer à eux,
 - les aider à adapter la prévention aux conditions locales en respectant leur autonomie,
 - proposer ou fournir du matériel utilisable,
 - fournir des prestations de services et de personnes,
 - favoriser les projets en collaboration et les regrouper,
 - aider les régions les plus démunies.

3.2 Publics-cibles de la prévention

<p>LA CAMPAGNE STOP-SIDA DOIT CONTINUER A S'ADRESSER A TOUT LE MONDE EN PRIVILEGIANT UNE IMAGE JEUNE.</p>
--

Recommandation adressée à : OFSP, ASS, Kreativ Team

- 3.2.1 La prévention, en particulier la campagne STOP-SIDA, doit continuer à s'adresser à tout le monde :
 - parce que ceux qui se mettent en situation d'exposition à un risque potentiel de contamination par voie sexuelle sont beaucoup plus nombreux qu'on ne le croit généralement, sans être pour autant des "dévergondés",
 - parce que cela permet d'atteindre des personnes ayant des comportements particuliers sans les identifier comme telles,
 - parce que beaucoup de gens, s'ils n'ont pas eux-mêmes de comportements à risques, ont une fonction de conseillers ou d'informateurs vis-à-vis de proches davantage exposés (par exemple parents-enfants).
- 3.2.2 La campagne STOP-SIDA, bien qu'elle s'adresse à tout le monde, doit, dans ses messages, viser surtout les situations à risque telles que les vivent les jeunes :
 - d'une part parce que les jeunes sont le groupe numériquement le plus important à protéger dans l'avenir,

- d'autre part parce que des messages faisant explicitement allusion à des situations peu acceptées socialement, y compris par les jeunes eux-mêmes (prostitution, infidélité, partenariat multiple etc.), peuvent avoir un effet négatif s'ils sont placardés sur les murs (identification impossible pour la majorité de la population, risque de choquer).

PARALLELEMENT DEVELOPPER DES MESSAGES ET DES ACTIONS DESTINEES A DES GROUPES PARTICULIERS EN EXPLOITANT DE MULTIPLES CANAUX.

Recommandation adressée à : OFSP, ASS, Kreativ Team, multiplicateurs divers (médecins, travailleurs sociaux, intervenants scolaires...)

- 3.2.3 Les **jeunes** peuvent être atteints par les canaux suivants :
- parents et autres personnes "de confiance",
 - école,
 - lieux de rencontre (discos, associations de jeunesse, groupes sportifs,...),
 - médecin (de famille, gynécologue, planning familial),
 - école de recrues,
 - presse jeune et cinémas.
- 3.2.4 Les **toxicomanes** peuvent être atteints dans les lieux d'accueil, de prise en charge, de traitement, de secours, d'hébergement. Mais aussi à l'occasion de rassemblements de jeunes (bus STOP-SIDA).
- 3.2.5 Les **personnes ayant des partenaires multiples** comme les dragueurs, les infidèles, les clients des prostituées, les voyageurs, les sex-touristes, les clients des petites annonces ne peuvent pas être étiquetés ni ciblés en tant que tels. Ils sont déjà touchés à travers la campagne générale; il est nécessaire d'identifier d'autres canaux et passages obligés pour les atteindre ainsi que des messages auxquels ils peuvent s'identifier. Les canaux suivants sont possibles :
- presse spécialisée dans le sexe, sex-shops, journaux de petites annonces, lieux de prostitution, de rendez-vous, vidéothèques,
 - agences de voyages, aéroports, centres de vaccination,
 - cabinets médicaux, consultations de dermato-vénérologie, de gynécologie (par l'intermédiaire du médecin),
 - armée (et particulièrement les cours de répétition),
 - entreprises et syndicats.
- 3.2.6 La prévention auprès des **homosexuels** est déjà bien établie par l'intermédiaire de l'ASS et des organisations d'homosexuels. La Confédération et les cantons doivent continuer à la soutenir.
- D'autres canaux devraient être davantage utilisés, par exemple des actions de prévention directement sur les lieux de rencontres et de drague (parcs, toilettes publiques).
- 3.2.7 Les **migrants** (y compris les migrants "internes " comme les jeunes filles au pair) peuvent être atteints par divers canaux tels que :
- lieux d'entrée dans le pays (aéroports, gares, centres d'accueil pour réfugiés),
 - lieux de vacances (campings, hôtels, syndicats d'initiative et offices du tourisme),

- canaux propres aux communautés immigrées (émissions radio en langue d'origine, journaux, associations),
- entreprises et syndicats,
- cours d'école ménagère,
- médecins au cabinet.

3.2.8 Il y a aussi des occasions d'atteindre les gens par des canaux spécifiques ou dans des situations précises qui justifient des actions ad hoc : voyages et vacances, visites chez le médecin, fêtes et festivals, cours de répétition, immigration, entreprises et syndicats.

3.3 Contenus des messages

IL FAUT DES MESSAGES POUR AMELIORER ET MAINTENIR LES CONNAISSANCES, DES MESSAGES POUR AIDER A METTRE EN PRATIQUE LA PROTECTION, DES MESSAGES POUR DEVELOPPER LA SOLIDARITE.

Recommandation adressée à : OFSP, ASS, Kreativ Team, multiplicateurs

Les messages de connaissances concernent tout le monde.

- 3.3.1 Pour éviter des craintes inutiles et aussi pour favoriser la solidarité, il faut répéter les messages sur ce qui ne comporte pas de danger de contamination. En particulier :
- les situations de la vie courante,
 - les piquûres d'insectes,
 - certaines situations de la vie sexuelle (le baiser, y compris le baiser profond, les caresses),
 - les transfusions.
- 3.3.2 Appeler un chat un chat : combattre l'idée que l'exposition potentielle au risque de contamination par voie sexuelle ne concerne qu'une petite partie de la population, aux moeurs dépravées; l'immense majorité de la population doit, à un moment ou l'autre de sa vie, se poser la question de la prévention du SIDA :
- pour soi-même au moment d'un changement de partenaire (la situation de deux partenaires vierges au moment de commencer leur relation et restant strictement et mutuellement fidèles toute leur vie est rare),
 - pour ses enfants au moment où ils commencent leur vie sexuelle.
- 3.3.3 Privilégier, pour la population générale, le message "il n'y a pas de risque de contamination non maîtrisable, la prévention est possible et efficace" par rapport au message "il existe des risques résiduels, même insignifiants". En effet, il faut tenir compte de la difficulté pour les gens à relativiser les risques (les comparer à d'autres risques de la vie courante) en face d'une maladie aussi chargée de tabous, d'émotions et d'irrationnel que le SIDA.

- 3.3.4 Rappeler que l'épidémie de SIDA est là pour longtemps, qu'il ne faut attendre ni vaccin ni traitement simple avant des années et que la prévention personnelle est le seul moyen de se protéger du SIDA.
- 3.3.5 Rappeler que le préservatif de qualité employé correctement est ce qu'il y a de plus sûr, quand on se trouve en situation de devoir en faire usage.
- 3.3.6 Rappeler que le test n'est pas en soi un moyen de prévention.

Les messages et les formulations qui aident à passer aux actes s'adressent à tous, mais particulièrement aux jeunes.

Les éducateurs (ou autres multiplicateurs) devraient :

- 3.3.7 Toujours présenter les différents moyens de se protéger (préservatifs et fidélité), quelle que soit la conviction personnelle de chacun, pour permettre aux gens de faire un choix responsable.
- 3.3.8 Faire admettre l'idée qu'il est normal de parler de protection au moment de débiter une nouvelle relation, que c'est une question de respect mutuel et de qualité de la relation et non un problème de suspicion.
- 3.3.9 Reconnaître qu'il n'est pas toujours facile de se protéger (par le préservatif), car il y a une relation en jeu, mais que c'est possible.
- 3.3.10 Quand ils abordent la question des préservatifs, ne pas parler seulement de l'objet lui-même, mais de tout ce que ça implique dans la relation (il faut lubrifier le préservatif avec un peu de tendresse).
- 3.3.11 S'appuyer sur les exemples (réussis) de ceux qui se protègent déjà parmi les pairs ou parmi d'autres groupes en montrant qu'ils n'ont en rien perdu leur identité, leur plaisir et leur joie de vivre.
- 3.3.12 Rappeler que le cercle d'amis ou de connaissances n'est pas un lieu en soi exempt de risque de SIDA et que si on aime ses copains, ses amis, on doit les protéger en se protégeant et prendre la protection contre le SIDA comme un acte de solidarité.
- 3.3.13 Rappeler que le préservatif a l'avantage d'être aussi un moyen de contraception et qu'il permet d'éviter les maladies sexuellement transmissibles, souvent responsables de stérilité par la suite.
- 3.3.14 Rappeler que, dans certaines situations, parce qu'elles sont associées avec une certaine insouciance ou une diminution de la maîtrise de soi, il y a un risque de faire une "exception" dans la protection (vacances, amour fou, dépression, consommation d'alcool ou de drogues...).

Les messages de solidarité et de non-discrimination s'adressent à tout le monde.

Il faut présenter la solidarité sous de multiples aspects.

- 3.3.15 Montrer l'aspect humaniste / la compassion : la solidarité, c'est un devoir humain, un comportement normal face à la souffrance, chacun y a droit.

- 3.3.16 Montrer l'aspect égalitaire : il n'y a pas des coupables et des victimes (bannir le terme "victime innocente"), mais seulement des personnes qui ont besoin de la solidarité de tous.
- 3.3.17 Montrer l'aspect pratique dans la prévention : ceux qui se sentent rejetés ou menacés de l'être ne sont pas incités à se protéger et à protéger les autres. De plus, ils sont poussés à se cacher ou à cacher leurs problèmes et ne peuvent pas être conseillés, aidés, soignés correctement.
- 3.3.18 Montrer l'aspect de réciprocité : la solidarité n'est pas à sens unique. Il faut écouter et reconnaître ceux qui sont concernés (ceux qui ont des comportements à risques, les séropositifs et les malades): quand ils mettent en pratique la prévention, ils agissent de façon solidaire face à l'ensemble de la société.

3.4 Promotion des préservatifs

**VEILLER A LA QUALITE DES PRESERVATIFS VENDUS EN SUISSE.
AMELIORER LEUR ACCESSIBILITE.
AUGMENTER LEUR ACCEPTABILITE.**

Recommandation adressée à : OFSP, ASS, fabricants/vendeurs de préservatifs, multiplicateurs

Accessibilité et qualité

- 3.4.1 Si les autorités sanitaires recommandent l'usage du préservatif, elles doivent veiller à ce que les préservatifs vendus en Suisse soient de bonne qualité.
- 3.4.2 S'il n'est pas possible de soumettre les préservatifs à une autorisation de vente qui dépende de la satisfaction aux normes de sécurité de l'EMPA, il convient que les autorités sanitaires fédérales publient périodiquement la liste des préservatifs qui ont été testés et reconnus sûrs et recommandent à tous les acteurs de la prévention de faire de même (dans les matériels d'éducation et les cours de formation, par exemple).
- 3.4.3 Conseiller à tous ceux qui jouent un rôle d'éducateur dans la prévention de faire connaître, non seulement le nom des marques sûres, mais aussi leur prix, à quoi ressemble l'emballage, où on peut en acheter (cette recommandation concerne aussi l'élaboration de matériel éducatif et les cours de formation).
- 3.4.4 Favoriser l'installation d'automates contenant des préservatifs de qualité et pas chers dans des lieux fréquentés par les jeunes et dans d'autres lieux ouverts et fréquentés la nuit (boîtes de nuit, garages). Installer ces automates plutôt dans les WC des deux sexes que dans les salles des établissements.
- 3.4.5 Promouvoir la mise à disposition de préservatifs par les hôtels, les avions, etc. comme article "de toilette" au même titre que les savonnettes.

Acceptabilité

- 3.4.6 Conseiller à tous ceux qui font de l'éducation et de l'information SIDA (surtout auprès des jeunes) :
- de donner des occasions de montrer des préservatifs et de les faire manipuler, pour faire découvrir que c'est fin, doux... et solide,
 - de parler de tout le processus d'utilisation, depuis l'achat jusqu'à la poubelle, en parlant aussi de la relation (qui achète les préservatifs, comment en avoir sous la main, comment en parler, qui le pose) et en interpellant autant les filles que les garçons.

3.5 Diffusion de la campagne nationale

POUR SUIVRE LA DIFFUSION DE LA CAMPAGNE NATIONALE EN UTILISANT TOUS LES MEDIAS,

DEVELOPPER UN MATERIEL UTILISABLE DANS LES LOCAUX OU ON VEUT INCITER LES GENS A SOLLICITER LE CONSEIL DE PERSONNES COMPETENTES,

DEVELOPPER LES CONTACTS AVEC LA PRESSE POUR ASSURER UNE BONNE REPERCUSSION DES ACTIONS DE PREVENTION

Recommandation adressée à : OFSP, ASS, Kreativ Team

- 3.5.1 Rythme de développement de la campagne : sur la base du bruit de fond assuré par une présence permanente de messages avec divers supports médiatiques, mettre en évidence les vagues successives de nouvelles présentations des messages et créer des événements à fonction de rappel.

Médias utilisés

- 3.5.2 Poursuivre les **campagnes d'affiches**, qui sont vues et appréciées. Par ce moyen, cibler plutôt les jeunes en donnant priorité à la référence à leur situation de relation (nouer de nouvelles relations plutôt qu'avoir des relations occasionnelles).

Garder à chaque nouvelle série d'affiches la trilogie :

- usage de préservatifs,
- fidélité / qualité de la relation,
- non-entrée dans la toxicomanie.

Proposer à part une affiche adressée aux toxicomanes qui contienne à la fois le message de non-échange de matériel d'injection et l'usage du préservatif.

- 3.5.3 Créer des **affichettes** (A2 ou A1) utilisables à l'intérieur des bâtiments, pour des publics ou occasions précis.

Ces affichettes pourraient être diffusées dans les écoles, casernes, magasins, centres de loisirs, consultations de planning familial, salles d'attentes de médecins, centres de réfugiés, camps de ski, etc.

Elles devraient surtout être une offre de conseil et d'information ou un rappel de messages de prévention et pourraient se présenter de plusieurs façons différentes :

- "vous êtes ici chez quelqu'un avec qui vous pouvez parler de SIDA"
 - "si vous voulez parler de SIDA, voici les adresses des répondants..."
 - "si vous voulez vous protéger voici les moyens de le faire", en présentant les alternatives et notamment les modèles de préservatifs et où on se les procure
 - un rappel des thèmes principaux (affiches semblables à celles en grand format)
- 3.5.4 Utiliser davantage la **télévision** (spots publicitaires) et obtenir de meilleures heures de passage qui augmenteront leur audience; idem pour les **radios**.
- 3.5.5 Moins utiliser les **annonces dans les journaux**, pas assez lues, et privilégier les contacts avec les journalistes "spécialistes" du SIDA pour obtenir des articles rédactionnels de qualité.
- 3.5.6 Lancer ou poursuivre, comme éléments de campagnes nationales, des campagnes ciblées sur certains publics comme par exemple :
- un **PS magazine destiné aux parents** pour les aider dans leur rôle de conseillers et d'interlocuteurs privilégiés,
 - des **actions auprès des migrants** : poursuivre des contacts réguliers avec les professionnels de la communication, les leaders et les médias des communautés migrantes; fournir des éléments rédactionnels et des conférences dont le contenu tienne compte des particularités culturelles et des effets spécifiques à la situation de migrant; utiliser tous les canaux par lesquels on peut les atteindre et rendre attentifs tous les multiplicateurs possibles (médecins, chefs d'entreprise, syndicalistes, maîtresses d'école ménagère...) à leur rôle potentiel dans la prévention auprès d'eux,
 - des **actions auprès des voyageurs internationaux** (pas seulement vers les destinations classiques de sex-tourisme) en utilisant les passages obligés de préparation au voyage (agences, centres de vaccination, aéroports, avions...) pour donner de l'information et distribuer des préservatifs.

3.6 Partenaires pour la prévention

LES CANTONS, CERTAINES INSTITUTIONS, LA PRESSE, LES MULTIPLICATEURS, ONT UN ROLE SPECIFIQUE A JOUER DANS LA PREVENTION ET ASSURENT LE RELAIS AUPRES DES PUBLICS-CIBLES

Recommandation adressée à : OFSP, ASS, Kreativ Team, cantons, institutions, multiplicateurs

Cantons

- 3.6.1 Favoriser la formation d'un consensus sur les orientations et urgences de la prévention et sur le lien entre prévention et counselling; ne pas limiter les commissions cantonales s'occupant de SIDA aux responsables de la santé et de l'instruction publique, associer les gens qui sont actifs sur le terrain.

- 3.6.2 Redéfinir des politiques (non répressives) concernant la toxicomanie, adaptées à la situation créée par le SIDA, notamment l'accessibilité au matériel d'injection et aux préservatifs, l'information, l'accueil, etc.
- 3.6.3 Dans les écoles : ne pas seulement informer, mais aussi écouter, comprendre les demandes, répondre aux élèves et aux parents.
- 3.6.4 Former (au niveau des écoles spécialisées et aussi en cours d'emploi), sensibiliser et préparer les assistants sociaux et éducateurs à la prise en charge de séropositifs, de malades et à la liaison entre prise en charge et prévention.
- 3.6.5 Faciliter l'accès aux préservatifs, notamment par l'installation de distributeurs automatiques.

Armée

- 3.6.6 Poursuivre dans les écoles de recrues les séances d'informations sur le SIDA, utiles pour ancrer les connaissances et rappeler l'importance du problème.
- 3.6.7 Faire cette information pour de petits groupes (moins de 50) et à des moments favorables à l'attention. Le moment du don du sang est un de ceux-là (la feuille personnelle à remplir concernant les risques courus avant de donner son sang peut renforcer la prise de conscience d'un concernement personnel et favoriser les discussions).
- 3.6.8 L'information peut être confiée aux médecins militaires mais elle doit être précédée d'une meilleure formation des médecins d'écoles et médecins de troupe, en particulier dans les écoles d'officiers des troupes sanitaires.
- 3.6.9 Profiter des cours de répétition pour reprendre l'information : les médecins de troupe ont alors davantage de relations de confiance avec leurs collègues. Ils les connaissent mieux et peuvent peut-être aborder de façon plus informelle certains problèmes (sensibilisation des clients de prostituées par exemple).

Entreprises

- 3.6.10 Proposer aux entreprises de faire de l'information sur le lieu de travail sur ce qui n'est pas dangereux, comment on se protège et qui est concerné par la nécessité de se protéger, sur la solidarité (embauche, emploi, discrimination). Offrir du matériel didactique et/ou des intervenants.
- 3.6.11 Un modèle pilote doit être mis en place dans les administrations (fédérale et cantonales) et les grandes régies (PTT, CFF).

Syndicats

- 3.6.12 Les mêmes propositions qu'aux entreprises peuvent leur être faites, particulièrement à la FOBB, la FTMH, la FCTA et la CRT qui ont beaucoup de contacts avec les populations migrantes.

Hôpitaux

- 3.6.13 Améliorer l'information spécifique pour le personnel hospitalier, notamment celle qui touche au risque professionnel, de façon à ce que les progrès de la recherche dans ce domaine puissent être diffusés rapidement

et largement. Ne pas craindre d'être très précis (quantification du risque en fonction des circonstances du contact et des circonstances épidémiologiques locales par exemple).

- 3.6.14 Sensibiliser le personnel au risque dû à l'hépatite B.
- 3.6.15 Développer le réseau de "répondants SIDA" capables d'intervenir à la demande des hôpitaux quand des problèmes se posent, pour le soutien des équipes et des patients.
- 3.6.16 Encourager les hôpitaux à être très attentifs aux demandes qui viennent de la base, à reprendre souvent l'information sur le thème du SIDA, à profiter des occasions qui se présentent (cas hospitalisés) pour le faire, en insistant sur les aspects d'éthique professionnelle sans culpabiliser les gens pour leurs peurs. Au contraire il est favorable que ces peurs puissent être exprimées, comprises, discutées au sein des équipes pour qu'elles puissent ensuite être résorbées ou mieux assumées.
- 3.6.17 Utiliser différentes manières complémentaires de faire circuler l'information (directives détaillées écrites, existant aussi sous forme simplifiée, éventuellement dans diverses langues; conférences, cours de formation, discussion dans les équipes, usage de matériel audiovisuel comme support aux discussions...).
- 3.6.18 Ne pas banaliser (nier) le risque professionnel de contamination par le VIH tout en s'efforçant de le replacer à son juste niveau (risque faible ne justifiant pas n'importe quoi). Rappeler que ce risque peut être minimisé mais qu'il ne sera jamais nul quelles que soient les mesures prises, qu'il fait donc partie de l'environnement professionnel, comme de l'environnement "privé". Rappeler que, selon toute probabilité il y a déjà des travailleurs hospitaliers séropositifs contaminés par le virus en dehors de leur activité professionnelle.
- 3.6.19 Sensibiliser le personnel hospitalier à la relativité du risque professionnel (risque très petit par rapport à d'autres risques professionnels ou non, couramment acceptés dans la vie quotidienne) et au préjudice potentiel pour les malades que pourrait entraîner une hyperprotection, par ailleurs inutile, du personnel. Rappeler systématiquement l'existence d'un risque potentiel existant dans la vie non professionnelle en favorisant la réflexion sur la comparaison des risques.
- 3.6.20 Ne pas banaliser le test. En rappeler les implications pour le personnel en cas de découverte d'une séropositivité chez un patient (notamment le devoir d'offrir une prise en charge) et les implications pour le patient (poids psychologique et exposition à de multiples risques de rejet social en l'état actuel des choses). Etre très clair sur l'interdiction de faire des tests à l'insu du patient : si un test semble nécessaire, on peut toujours motiver la demande et profiter de ce "moment" pour offrir des informations et, le cas échéant, un soutien.
- 3.6.21 Susciter une réflexion sur le secret professionnel et le secret de fonction qui dépasse le domaine du SIDA.
- 3.6.22 Encourager la recherche dans le domaine du risque professionnel en milieu hospitalier (par exemple, mesure de la prévalence des accidents par piqûre, des accidents per-opératoires, l'examen attentif des circonstances dans lesquelles ces accidents se produisent). Cette recherche doit aboutir à la diffusion de recommandations visant à réduire les risques d'accident

(par exemple justement en faisant largement connaître les circonstances où des accidents qui auraient pu être évités se sont produits).

**Professionnels multiplicateurs de la prévention
(médecins, éducateurs, assistants sociaux, enseignants, animateurs en éducation sexuelle, conseillers en planning familial, autres animateurs)**

- 3.6.23 Offrir des occasions de formation pour les professionnels.
- 3.6.24 Répondre à leurs demandes de conseils et de soutien.
- 3.6.25 Faciliter le recours à un réseau de spécialistes qui les aide ponctuellement.
- 3.6.26 Mettre à leur disposition des informations toujours remises à jour (banques de données) et des gens prêts à répondre aux questions.
- 3.6.27 Les aider à faire une prévention de qualité en les sensibilisant :
 - à ne pas avoir peur de parler de sexualité et de prendre l'initiative d'une discussion de prévention (avant d'avoir à s'occuper de malades), en tenant compte de la situation où se trouvent les interlocuteurs,
 - à aider les gens à entrer en matière avec leurs partenaires sur le risque SIDA, sur la protection contre le SIDA et notamment l'usage de préservatifs en évoquant avec eux les difficultés et les moyens d'y remédier,
 - à accepter d'être interpellés personnellement,
 - à bien gérer les problèmes de crédibilité, à ne pas donner de messages contradictoires (préservatif sûr / attention aux préservatifs qui se déchirent),
 - à insister sur l'absence de risque plutôt que sur les risques résiduels.
- 3.6.28 Rappeler aux médecins le rôle actif important qu'ils peuvent jouer dans la prévention par leur position privilégiée (relation de confiance avec le patient, légitimité et crédibilité de leur intervention comme professionnels).
- 3.6.29 Inciter particulièrement les médecins généralistes et les gynécologues (et leurs associations) à pratiquer une prévention systématique chez les jeunes, les migrants, chez les femmes au moment d'une grossesse ou d'une demande de contraception.
- 3.6.30 Conseiller aux pharmaciens de rendre visibles et facilement accessibles les préservatifs sur les comptoirs et étalages.

Aide suisse contre le SIDA

- 3.6.31 L'ASS doit se faire mieux connaître comme organisation nationale et régionale, et se faire reconnaître comme partenaire dans la prévention du SIDA au même titre que le sont dans d'autres domaines les ligues de la santé. Elle doit donc développer les collaborations avec les médias, les autorités sanitaires cantonales, les hôpitaux, les médecins, les éducateurs, les services sociaux.
- 3.6.32 L'ASS doit aussi revendiquer sa compétence et son expérience dans la prévention et le counselling (Beratung und Betreuung).
- 3.6.33 L'ASS doit conserver l'image et le rôle de défenseur des droits des personnes concernées et menacées par le SIDA.

Journalistes

- 3.6.34 L'OFSP doit cultiver les relations privilégiées avec la presse, cela signifie autant être à la disposition des journalistes quand ils ont besoin de compléments d'information qu'avoir un rôle actif auprès d'eux et leur fournir des éléments rédactionnels, des sessions de formation, développer un réseau de journalistes "spécialistes du SIDA".
- 3.6.35 Fournir à la presse non seulement des données épidémiologiques mais aussi des renseignements sur les actions de la campagne et ses résultats (l'exemple devrait être donné dans le bulletin de l'OFSP en associant systématiquement ces trois types d'information).
- 3.6.36 Préparer tous les événements liés à la prévention par des dossiers adressés aux médias. Exemples d'événements : événements visuels (nouvelles affiches, autres images), diffusion de brochures, événements à participation populaire, événements avec présence de notables, événements à portée internationale, etc.

Parents

- 3.6.37 Les aider à jouer leur rôle de conseillers, à entrer en matière avec leurs enfants sur le problème du SIDA en mettant à leur disposition des informations spécifiques (PS Magazine, assemblées de parents liées à l'information en milieu scolaire) :
- leur faire connaître les attentes et les soucis des adolescents en rapport avec la prévention du SIDA,
 - leur faire comprendre (et transmettre) que des risques d'exposition au VIH existent aussi en cas de changement de bon(ne) ami(e) et pas seulement en cas de relation occasionnelle ou de partenaires multiples,
 - les inviter à ne pas se servir du risque du SIDA pour inhiber l'éveil de la sexualité des adolescents,
 - les informer sur les institutions de soutien et de renseignement existantes.

Eglises

- 3.6.38 faire connaître les positions ouvertes qu'elles ont adoptées sur le plan social et éthique concernant le SIDA et les engager à collaborer aux activités de prévention et de solidarité chaque fois que c'est possible.

3.7 Politique drogue

RELANCER UNE POLITIQUE DROGUE COHERENTE

Recommandation adressée à : OFSP, cantons, institutions de prise en charge des toxicomanes

- 3.7.1 Relancer, aux niveaux fédéral et cantonal, une politique drogue non répressive, adaptée au SIDA, argumentant sur les besoins de la prévention et sur le fait que la prévention SIDA chez les toxicomanes se fait en reconnaissant le fait qu'ils existent et se droguent, sans imposer comme préalable à toute action le renoncement à la toxicomanie.

- 3.7.2 Développer le consensus et la collaboration entre tous les intervenants dans le domaine de la toxicomanie.
- 3.7.3 Définir une institution responsable au niveau national, qui soit une référence publique dans le domaine drogue et SIDA.
- 3.7.4 Faciliter le libre accès au matériel d'injection, dans des lieux qui permettent de garder l'anonymat, avec des systèmes de permanence de nuit et de week-end (hôpitaux, pharmacies) mais aussi dans des lieux ad hoc (rue, lieux d'accueil) proches de la scène de la toxicomanie. Lorsque du matériel d'injection est délivré, proposer ou offrir systématiquement des préservatifs.
- 3.7.5 Développer les projets pilotes d'aides au toxicomanes qui offrent des possibilités d'information et d'écoute, des soins et des aides à la survie.
- 3.7.6 Eviter le harcèlement policier qui casse les efforts de prévention.
- 3.7.7 Eviter que les toxicomanes ne deviennent, aux yeux de la population, les boucs-émissaires de l'épidémie de SIDA en insistant sur la solidarité à leur égard. En particulier développer le travail de relations publiques en rapport avec l'implantation de projets-pilotes pour toxicomanes.

3.8 Le test

**LE TEST DE DEPISTAGE DOIT SE FAIRE DANS DE BONNES
CONDITIONS,
IL FAUT SUPPRIMER LES ABUS LIES A SON UTILISATION.**

Recommandation adressée à : OFSP, ASS, départements cantonaux de santé publique, corps médical, hôpitaux, centres de tests, entreprises, assurances

- 3.8.1 Toujours obtenir le consentement des personnes et les informer sur la signification et les conséquences du test.
- 3.8.2 Faire disparaître la pratique du test sans counselling aussi bien chez les médecins que dans les centres de test, les hôpitaux, etc.
- 3.8.3 Interdire de pratiquer un test à l'embauche, à l'entrée dans les caisses de retraite (caisses de réassurance), à l'entrée à l'hôpital, sauf à but d'aide au diagnostic.
- 3.8.4 Encourager les professionnels à maintenir une attitude très stricte sur le maintien du secret concernant le résultat du test.
- 3.8.5 Expliquer l'utilité de la pratique volontaire du test dans des situations telles que le désir d'enfants ou le désir de cesser d'utiliser le préservatif dans une relation stable.

4. CHANGEMENTS EN COURS EN SUISSE

4.1 Confirmation de l'acquisition des connaissances essentielles

L'évaluation des campagnes de prévention du SIDA, effectuée en 1986 et 1987, avait déjà mis en évidence que les connaissances de la population en Suisse sur le SIDA et la façon de s'en protéger étaient satisfaisantes. On assiste en 1988 à une consolidation de ces connaissances. En fait, c'est sur les messages centraux des campagnes (usage de préservatifs, non-échange de seringues, fidélité) et les modes de transmission principaux que le consensus est le plus large. On observe en effet une convergence des données recueillies dans divers secteurs de la population qui confirme les résultats obtenus les années précédentes.

Chez les jeunes de 17-30 ans¹⁰, les possibilités de se protéger personnellement du SIDA, citées spontanément le plus souvent, sont celles diffusées par la campagne STOP-SIDA, le message concernant l'usage de préservatifs étant le plus souvent nommé. En revanche, on assiste en 2 ans à la diminution d'une croyance erronée : que la prudence dans le choix du partenaire serait un moyen en soi suffisant de prévention du SIDA (allusion à la capacité de différencier les gens à risque selon des critères d'apparence physique ou d'appartenance sociale). (voir tableau 2)

Les patients célibataires des **médecins Sentinelle**¹¹ fournissent d'autres indications sur le niveau d'information de la population : en janvier 1987, avant le début de la campagne STOP-SIDA, 35 % d'entre eux s'estimaient insuffisamment informés sur le SIDA. A la fin de l'année 1987, ils ne sont plus que 13 % à porter ce jugement.

Les **jeunes (hommes) tessinois**¹² de 19 ans interrogés en 1987 et 1988 au moment du recrutement pour le service militaire, montrent une évolution semblable : le niveau d'information, jugé par les jeunes eux-mêmes, s'améliore. 20 % s'estiment très bien informés en 1988 (10 % en 1987), 72 % plutôt bien informés (72 %), 8 % plutôt mal (16 %), 1 % pas informés (2 %).

¹⁰ Source : Enquête sur le comportement sexuel des jeunes adultes (17-30 ans). Etude no 2.

¹¹ Source : Gurtner F, Zimmermann H-P, Kaufmann M, Somaini B. Sexualanamnese bei nicht verheirateten Praxispatienten. Eine Sentinella-Studie 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 23.2).

¹² Source : Les jeunes tessinois. Etude no 3.

Tableau 2 : 17-30 ans : Possibilités de se protéger personnellement du SIDA (mention spontanée) 1987-1988

	<u>jan. 1987</u> N = 1182	<u>oct. 1987</u> N = 1211	<u>oct. 1988</u> N = 1213
usage de préservatifs	62 %	82 %	92 %
fidélité	18 %	38 %	48 %
usage de seringues propres	18 %	28 %	25 %
abstinence sexuelle	11 %	9 %	17 %
prudence dans le choix du partenaire	42 %	35 %	25 %
prudence dans les actes de la vie quotidienne	3 %	5 %	3 %
ne pas être homosexuel	12 %	7 %	2 %
éviter les malades du SIDA	1 %	2 %	< 1 %

Les modes de transmission sont bien connus : rapports sexuels pour 99 %, échange de seringues pour 98 %, grossesse et accouchement pour 88 %. La connaissance des moyens de prévention proposés par la campagne est bonne : préservatif 97 %, abstention de l'échange de seringues 90 %.

On retrouve la même homogénéité dans les connaissances sur le mode de transmission et la prévention chez les **écoliers zurichois**¹³ de 14-16 ans (voir tableau 3) : quasi unanimité à admettre que préservatifs, non-échange de seringues et fidélité protègent d'une contamination par le VIH et incertitudes persistantes sur d'autres moyens de protection (voir tableau 4).

Les mêmes écoliers connaissent aussi la nature de la maladie (déficit immunitaire et non maladie de type cancéreux) et savent qu'elle ne se transmet pas par une poignée de mains, par exemple.

Les **sex-touristes**¹⁴ se disent bien informés sur le SIDA. 90 % admettent l'existence d'un risque de contamination lors de relations sexuelles non protégées avec des autochtones dans les pays de destination de leur voyage (selon les destinations : Brésil 95 %, Kenya 92 %, Thaïlande/Philippines 76 %).

Dans d'autres secteurs de la population qui, pour des raisons de mauvaise maîtrise de la langue ou de faible intégration, ont moins accès aux médias ou à une information spécifiquement dirigée sur eux, tels que les travailleurs **migrants**

¹³ Source : Programmes scolaires. Ecoliers zurichois. Etude no 11.

¹⁴ Source : Les sex-touristes. Etude no 8.

turcs¹⁵ ou les jeunes marginalisés appartenant à la zone¹⁶, des connaissances de base sur le SIDA existent. Les jeunes de la zone savent que le SIDA est transmis par les relations sexuelles et l'échange de seringues et les migrants turcs connaissent un lien entre sexe, drogue et SIDA.

Enfin, même les enfants de 4ème année primaire (= 9 - 10 ans), qui bénéficient dans le canton de Vaud des cours d'éducation sexuelle dispensés par Pro Familia¹⁷, savent en général déjà que le SIDA est une maladie grave pour laquelle on n'a pas de traitement et ils situent vaguement la transmission du côté du sexe et de la drogue.

Tableau 3 : Jeunes tessinois/Ecoliers zurichois : connaissances sur le SIDA en 1988 (1).

	Jeunes tessinois		Ecoliers zurichois
	<u>1987</u> N = 1682	<u>1988</u> N = 1480	<u>1988</u> N = 479
Moyens de transmission :*			
- rapport sexuel	97 %	99 %	93 %
- échange de seringues	95 %	98 %	98 %
- grossesse	75 %	88 %	pas demandé
Prévention efficace :**			
- usage de préservatifs	91 %	97 %	96 %
- non-échange de matériel d'injection	84 %	90 %	92 %
- fidélité mutuelle	pas demandé	pas demandé	82 %

* "Jeunes Tessinois". Question : la transmission du SIDA peut advenir par Réponse oui, non, ne sait pas.
 "Ecoliers zurichois". Question : en quelle occasion peut-on se contaminer par le virus du SIDA ? Mentionner si telle situation est dangereuse ou non. Réponse en 5 gradations, de très dangereux à absolument sans danger.

** "Jeunes Tessinois". Question : parmi les comportements indiqués, lesquels sont des moyens efficaces de prévention ? Réponse oui, non, ne sait pas.
 "Ecoliers zurichois". Question : parmi les propositions indiquées, lesquelles permettent de se protéger d'une contamination ? Réponse oui, non.

15 Source : Les migrants. Etude no 5.

16 Source : La zone. Etude no 4.

17 Source : Image des préservatifs. Etude no 20.

4.2 Il reste des lacunes de connaissances et des incertitudes

Si les trois messages principaux véhiculés par les campagnes et maintes fois répétés ont été reçus, il n'en va pas de même pour d'autres informations moins souvent diffusées et surtout au sujet desquelles des contradictions ont pu apparaître, dans la presse par exemple. Il s'agit essentiellement des informations sur ce qui n'est pas dangereux, sur ce qui ne comporte pas de risque de contamination par le VIH, mais aussi sur le test de dépistage, sa signification et son usage.

Chez les **jeunes tessinois**, on trouve encore doutes et confusions sur les situations où la transmission du virus est absente (ou extrêmement rare), bien que ces doutes s'amenuisent avec le temps : en 1987, 89 % d'entre eux voyaient un risque dans les transfusions. En 1988, les réponses à une question modifiée sur ce risque restent difficiles à interpréter : 15 % estiment qu'il existe un danger nul lors de transfusion, 35 % un danger minime, 47 % un grand danger, 3 % ne savent pas. Mais 71 % pensent qu'éviter actuellement les transfusions n'est pas un moyen de prévention.

Une possibilité de contagion chez le dentiste est admise par 23 % (28 % en 1987), par les piqûres d'insectes par 8 %, par la salive ou les larmes par 7 % (17 % en 1987), par le baiser par 5 %, dans les piscines par 3 % (6 %) et lors d'une poignée de mains par 0.5 %. Comme en 1987, 52 % voient en l'obligation à tous de se soumettre au test un moyen efficace de prévention.

Les **écoliers zurichois** manifestent en 1988 les mêmes incertitudes : 18 % d'entre eux admettent un risque de transmission par le baiser, 16 % sur les sièges des toilettes, 23 % par une piqûre de moustique, 20 % par la toux, 25 % par le flirt et les caresses, 2 % par une poignée de mains, 9 % par le fait de boire dans le verre de quelqu'un d'autre. On retrouve aussi chez les écoliers zurichois une grande incertitude sur la sécurité des transfusions en Suisse : 25 % estiment qu'il n'y a aucun danger de contamination, 14 % pensent que le danger est très grand, les autres se situant sur des affirmations intermédiaires (52 %) ou ne savent pas (9 %) (voir tableau 4).

Ces données sont comparables avec les résultats d'un sondage réalisé par Isopublic dans le cadre d'une étude de comparaison internationale¹⁸.

Dans d'autres groupes de population on rencontre des doutes sur les possibilités de transmission du SIDA dans certaines situations : les jeunes de la zone et les migrants pensent que le virus peut se transmettre par la salive et ces derniers croient à une transmission se faisant surtout par les femmes. A l'occasion des cours d'éducation sexuelle donnés par Pro Familia aux enfants (10-12 ans) qui ont des connaissances encore vagues, les doutes exprimés portent sur d'autres questions : "qui peut attraper le SIDA ? Pourquoi cette maladie touche les adultes et les bébés et pas nous ?" Ces doutes témoignent d'une certaine angoisse par rapport au SIDA et d'un besoin d'être rassuré, d'être conforté dans l'assurance qu'il ne s'attrape que dans des conditions précises, que les enfants de cet âge ne remplissent pas.

¹⁸ ISOPUBLIC. Institut Suisse d'Opinion Publique, Zurich et Gallup International Survey. Attitudes towards AIDS. London, Gallup International, 1988.

Tableau 4 : Jeunes tessinois/Ecoliers zurichoïses : connaissances sur le SIDA en 1988 (2).

	Jeunes tessinois		Ecoliers zurichoïses
	<u>1987</u> N = 1682	<u>1988</u> N = 1480	<u>1988</u> N = 479
Moyens de transmission :*			
- chez le dentiste	28 %	23 %	
- transfusion en Suisse, danger grand		47 %	14 %
- transfusion en Suisse, danger nul		15 %	25 %
- piqure d'insecte		8 %	23 %
- baiser		5 %	18 %
- poignée de mains		1 %	2 %
- larmes et salive	17 %	7 %	
- piscines	6 %	3 %	
Moyens de prévention : **			
- test	52 %	52 %	51 %
- se faire vacciner	11 %	8 %	20 %

* "Jeunes Tessinois". Question : la transmission du SIDA peut advenir par Réponse oui, non, ne sait pas.

"Ecoliers zurichoïses". Question : en quelle occasion peut-on se contaminer par le virus du SIDA ? Mentionner si telle situation est dangereuse ou non. Réponse en 5 gradations, de très dangereux à absolument sans danger.

** "Jeunes Tessinois". Question : parmi les comportements indiqués, lesquels sont des moyens efficaces de prévention ? Réponse oui, non, ne sait pas.

"Ecoliers zurichoïses". Question : parmi les propositions indiquées, lesquelles permettent de se protéger d'une contamination ? Réponse oui, non.

Les responsables de la prévention ne peuvent se contenter de ces résultats en admettant que l'essentiel soit que la population sache bien ce qui est réellement dangereux en matière de transmission du SIDA de façon à disposer des "éléments" qui lui permettent le cas échéant de changer de comportement. Il ne faut pas non plus se contenter d'un certain flou dans les connaissances sur les actes et les situations sans risque de contamination. Des connaissances imprécises risquent de donner lieu à des craintes infondées, inutiles et évitables. En effet, des doutes liés à la sécurité de comportements essentiels à un âge donné, comme le sont le baiser et les caresses pour les adolescents, ne sont pas anodins et pourraient avoir des conséquences indéniables sur l'éveil de la sexualité à cet âge, par exemple. De même, des sentiments d'insécurité sur l'innocuité de certains actes courants de la vie quotidienne (problème du partage des couverts, des toilettes) peuvent avoir des conséquences fâcheuses sur les attitudes de chacun face à quelqu'un de séropositif ou de malade du SIDA.

Chez les professionnels¹⁹, on trouve encore des doutes susceptibles d'avoir des conséquences néfastes pour ceux qui les ressentent (crainte) et pour ceux avec qui ils ont des contacts professionnels : parmi le personnel hospitalier, le 1/4 des

¹⁹ Source : Les personnels hospitaliers. Etude no 6.

personnes interrogées admet que la transmission du VIH se fait (rarement, fréquemment ou très fréquemment) lors d'un soin de plaie ou d'une intervention chirurgicale (la majorité choisissant la mention très rarement). La transmission par un baiser sur la bouche et un risque non négligeable de transmission par transfusion sont aussi mentionnés par un quart environ des répondants.

Ces résultats font nettement apparaître la nécessité de poursuivre les efforts d'information, particulièrement sur les non-risques de transmission du SIDA.

4.3 Les représentations, les croyances

Par rapport à 1987, une évolution se fait jour dans les représentations sur le SIDA : il semble que l'on soit en train de passer de représentations irrationnelles ou émotionnelles à des représentations plus mesurées et nuancées. Toutefois, ce passage du "pas raisonnable" au "plus raisonné" est loin d'être accompli et il coexiste souvent des représentations "négatives" (dont les gens ont peu conscience ou qu'ils expriment peu parce qu'elles sont devenues socialement peu acceptables avec le développement de l'information) et des représentations "neutres" qui témoignent d'un apprentissage :

- Le SIDA demeure une maladie honteuse, pleine de sexe et de drame (acquise et transmissible par des comportements socialement réprouvés : certaines orientations ou pratiques sexuelles, certaines formes de relation comme l'adultère ou la prostitution, la toxicomanie) totalement différente en cela du cancer, par exemple. Cette représentation est exprimée en général indirectement et sous forme culpabilisante pour les malades ou les séropositifs. Par exemple, un travailleur hospitalier reconnaît la légitimité pour une personne de ne pas parler, si elle le désire, de ses comportements à risque ou de son status sérologique, sauf à l'hôpital, "où elle est en contact avec des gens qui n'ont rien à voir avec ça". Autre exemple : le médecin au cabinet, mal à l'aise lorsqu'il s'agit de poser à son patient des questions touchant à la sphère psycho-sexuelle, qui s'empresse de transférer un séropositif à un autre confrère "plus compétent...".
- **On rencontre beaucoup moins la croyance que le SIDA est lié à des "groupes à risque"** et ceci dans tous les groupes étudiés. C'est frappant chez les migrants turcs qui se sentent d'abord eux-mêmes concernés (menacés) par cette maladie. En revanche, chez les professionnels de la santé, cette liaison SIDA-groupe à risques est encore forte, particulièrement l'association SIDA-toxicomane. Chez les jeunes en général, cette représentation (groupe à risque) est plutôt remplacée par une représentation faisant appel à d'autres cloisonnements; ce n'est plus le groupe à risque mais le "genre" à risque (notion de comportement personnel) : "ceux qui couchent avec n'importe qui", "ceux qui s'en fichent". Pour les jeunes, il reste toutefois difficile d'identifier les membres de leur propre cercle d'amis, au sein duquel ils se sentent à l'abri, comme des gens susceptibles d'être (ou d'avoir été) exposés à un risque.
- **De plus en plus est exprimée l'idée que "finalement ça peut arriver à n'importe qui"** (dans le sens hors d'un groupe définissable ou identifiable), en relation avec des comportements précis.

- Dans l'ensemble des études menées cette année, il n'est pas apparu de croyance fausse "grave" ou de rumeur comme celles qui ont couru auparavant concernant l'existence (non exceptionnelle) de gens qui feraient exprès de transmettre le virus, ou de gens qui s'amuseraient à percer les préservatifs à l'étalage dans les grands magasins.

4.4 Attitudes : la panique disparaît pour faire place à une inquiétude plus raisonnée. Le SIDA est parmi nous

La peur : on ne retrouve pas chez les personnes interrogées en 1988 d'attitudes de peur-panique (qui existaient avant les campagnes de prévention), même si, en situation (après un échec de protection ou dans l'attente du résultat d'un test), des craintes fortes peuvent survenir. En revanche, une inquiétude (un sentiment de menace pour soi ou ses proches, par exemple) est souvent perceptible lorsque l'on parle de SIDA; elle peut être fondée ou infondée, souvent dissimulée derrière des demandes d'information, de conseils. Il paraît donc important de pouvoir déceler les inquiétudes et en identifier les causes pour apporter les réponses adéquates à chaque situation.

La fréquence de la peur de contracter le SIDA ne s'est pratiquement pas modifiée chez les 17-30 ans depuis 1987. Il s'agit ici d'une peur vague liée à la possibilité d'attraper le SIDA et non d'une peur-panique (voir tableau 5).

Tableau 5 : Etude 17-30 ans : peur de contracter le SIDA

	<u>janv. 1987</u>	<u>oct. 1987</u>	<u>oct. 1988</u>
oui	25 %	18 %	24 %
non	75 %	80 %	76 %
pas de réponse	1 %	2 %	1 %

Question : avez-vous parfois peur d'attraper le SIDA ?

Chez les **patients célibataires des médecins Sentinelle**, on constate une diminution des craintes au cours du temps. En janvier 1987, 40 % d'entre eux considéraient comme possible d'être un jour contaminés par le VIH; à la fin de l'année 1987, ils n'étaient plus que 30 % à penser cela. Cependant, aux deux temps de l'enquête, les deux tiers de ceux qui exprimaient des craintes donnaient des raisons qui ne les justifiaient en rien (absence de comportement ou de situation à risque). La même constatation s'impose avec les travailleurs migrants dont une grande partie des craintes reposent sur des croyances incorrectes (peur de contamination dans les actes de la vie quotidienne par exemple).

Chez les **adolescents** participant aux cours d'éducation sexuelle de **Pro Familia**, l'inquiétude transparait au travers de l'intérêt porté à l'information sur le SIDA et particulièrement en faveur du discours sur le préservatif. Ici, l'inquiétude porte moins sur le présent que sur l'avenir : on voudrait bien se protéger du SIDA mais c'est si difficile à mettre en pratique... Comment parler du SIDA, comment

acheter des préservatifs, comment les "apprivoiser" et s'en servir sans gâcher toute la relation, comment envisager de faire des enfants plus tard ?

Le personnel hospitalier exprime des craintes de deux ordres : une crainte de contamination par le VIH dans l'exercice de la profession et une crainte de surcharge émotionnelle liée aux difficultés de la prise en charge des malades. La crainte de contamination est plus ou moins forte selon le type de service où les gens travaillent et est en général rattachée à une surestimation du risque professionnel couru.

D'autres attitudes face au SIDA avaient été mises en évidence en 1987. Elles ressemblaient aux attitudes adoptées face aux événements graves (la mort par exemple) et sont encore repérables aujourd'hui, parfois sous des formes un peu différentes. Il demeure donc utile de les identifier et d'en comprendre la signification.

Le rejet, le déni des problèmes : le déni de l'existence du problème, le refus d'envisager qu'on puisse être concerné soi-même par le SIDA ou simplement le refus de se poser la question, ne se rencontrent pas souvent. Chez les adolescents, il peut apparaître superficiellement sous forme de provocation : "le SIDA, ras-le-bol, on ne veut plus en entendre parler". En fait ce déni-là est significatif d'un certain degré d'acceptation d'une réalité nouvelle et signifie à la fois "nous savons, nous ne sommes pas fous, nous avons compris" et "ça fait peur, on préfère ne pas y penser".

En revanche, le déni de l'importance du problème du SIDA (surtout de la magnitude du problème) est fréquent et parfois entretenu par les médias; il apparaît sous deux formes :

- l'impression que les autorités sanitaires ont exagéré le risque de transmission du SIDA à la population générale et que la maladie ne menace que peu d'individus en définitive;
- l'espoir que le problème sera limité dans le temps par la découverte d'un vaccin ou d'un traitement.

Ces deux formes de déni renforcent l'idée qu'il n'est peut-être pas nécessaire d'envisager un changement de son propre comportement.

La relativisation : c'est une attitude de comparaison du SIDA à d'autres problèmes de santé ou à des problèmes de société en général. Elle apparaissait auparavant plutôt comme une façon de masquer ou d'oublier les implications personnelles que peut avoir le SIDA (comparer le SIDA à la mort des forêts). Elle existe encore mais de façon beaucoup plus pertinente en ce sens qu'elle se rapporte à soi et non plus à la société en général. Par exemple, les zonards font remarquer qu'ils courent d'autres risques que celui d'attraper le SIDA, risques liés à leur propre vie précaire.

Le marchandage, attitude de semi-acceptation de la réalité du SIDA, est plutôt courant. Par exemple, certains touristes qui ont des contacts sexuels lors de leurs vacances dans des pays tropicaux précisent que ces contacts n'ont pas lieu avec de "vraies" prostituées, mais avec d'autres femmes autochtones (alors que ces relations ne sont pas moins fugitives et pas forcément protégées). Même façon de ne pas assumer la prévention du SIDA jusqu'au bout : parler du SIDA, voire du préservatif, avec un nouveau partenaire et renoncer à son usage le moment venu avec des motifs qui n'ont rien à voir avec la prévention (aspect du partenaire, confiance en général) tout en étant persuadé de faire ce qu'il faut pour prévenir le SIDA. Enfin, le marchandage c'est aussi essayer de tracer des cercles concentriques de risque autour de soi (risque diminuant avec la proximité), de se

dire en quelque sorte : d'accord, j'utilise le préservatif avec des partenaires que je ne connais pas bien, mais pas avec quelqu'un que je connais, qui m'est proche, qui est si semblable à moi.

On observe des passages d'une attitude à l'autre sous l'influence de facteurs divers (campagnes, discussions avec l'entourage, expérience personnelle, événement médiatique, etc.) et ce qui frappe souvent c'est l'**ambivalence**, exprimée par des attitudes contradictoires coexistant chez le même individu, face au SIDA et à la prévention. C'est le fait, par exemple pour les recrues, de prendre de haut les campagnes de prévention, en rigolant, et en même temps de montrer par leur embarras qu'il leur arrive de se sentir très concernés dans certaines situations. Ou pour des soignants d'admettre que des mesures de protection universelles (port de gants pour certains gestes avec tout le monde) sont parfaitement satisfaisantes, tout en essayant d'identifier les patients "à risque" ou de réclamer leur identification. Ces nombreuses ambivalences signifient que le fait SIDA est encore rarement assumé avec toutes ses conséquences en matière de prévention personnelle et que, si des progrès sont évidents, la partie est loin d'être gagnée.

Il se dégage cependant de l'ensemble des études réalisées une certitude : **de plus en plus de gens se sentent concernés par le SIDA**. Cette prise de conscience d'une possible proximité du SIDA est perceptible sous de multiples formes :

- la moitié des jeunes adultes de **17-30 ans** qui ne vivent pas une relation stable ou n'ont pas encore eu de relations sexuelles disent prendre le risque du SIDA en considération plus souvent qu'auparavant quand ils choisissent un nouveau partenaire,
- **82 %** des recrues trouvent juste et acceptable pour eux-mêmes le message d'employer des préservatifs en cas de changement de partenaire et **47 %** admettent se sentir personnellement concernés par un tel message,
- les **adolescents** participant aux cours de **Pro Familia** sont très curieux et intéressés par les préservatifs et posent un tas de questions à leur sujet (marques, taille, lieu où on peut en acheter, lieu où il existe des distributeurs automatiques, etc.),
- les jeunes de la **zone** "croient" à la réalité du SIDA et ne pensent pas que l'information à ce sujet soit déformée. Le SIDA "ça ne fait pas rigoler", "tout le monde est concerné" et même s'ils négligent parfois les risques, les zonards sont sensibles aux rumeurs qui courent (qui serait positif et qui ne le serait pas),
- une bonne partie des participants à l'étude "**sex-touristes**" dit avoir été motivée à participer par l'offre de test parce qu'ils estimaient avoir couru des risques de contamination,
- des **migrants** turcs disent avoir reçu des conseils de prudence, explicitement reliés au SIDA, de la part de leur femme restée au pays ou disent renoncer à des aventures en pensant au SIDA,
- les **travailleurs hospitaliers** qui se sentent concernés par un risque SIDA surtout dans leur vie professionnelle, parlent aussi de risque dans la vie privée.

Ces signes variés et très clairs montrent que dans de nombreuses couches de la population on se sent concerné par le SIDA, de façon plus ou moins proche, plus ou moins constante.

Les attitudes de stigmatisation et de rejet à l'égard de personnes malades ou séropositives ou de groupes étiquetés comme "groupes à risques" sont peu exprimées publiquement et le sondage international Isopublic/Gallup confirme qu'en Suisse, l'acceptation et la solidarité l'emportent sur la stigmatisation. Des attitudes de méfiance ou de rejet existent cependant au niveau individuel, s'exprimant par exemple à travers l'attitude envers des personnes atteintes par le virus, considérées selon leur appartenance à tel ou tel milieu comme coupables ou victimes de la maladie. Ce type d'attitude semble avoir diminué envers les homosexuels (on en parle beaucoup moins comme d'un "groupe à risque") mais reste très présent à l'égard des toxicomanes pour lesquels l'amalgame toxicomanie-SIDA-méfiance est courant. Ainsi, la peur du personnel hospitalier est projetée essentiellement sur eux. Les réactions de la presse (et de certaines autorités) à l'égard du jugement d'une toxicomane condamnée pour avoir "en connaissance de cause" transmis le virus vont aussi dans le sens de la stigmatisation, de même que la réaction de rejet par le voisinage des actions visant à fournir aux toxicomanes des lieux d'information et d'acquisition de matériel d'injection stérile²⁰.

Les attitudes de **solidarité**, elles, se rencontrent plus fréquemment qu'au début de l'épidémie ou des campagnes de prévention. La solidarité est encore souvent exprimée de façon générale ou médiatique (manifestations comme les "10 jours contre le SIDA" à Genève, les conférences "femmes et SIDA", le "World AIDS Day", émissions de télévision, livres) ou est portée par des organisations (ASS et groupes régionaux) et la campagne STOP-SIDA. Elle est un thème abordé surtout par les jeunes²¹.

4.5 Un cas particulier : les attitudes des professionnels face au SIDA

4.5.1 Les professionnels de la santé

Le personnel des hôpitaux²² et les médecins praticiens²³ installés occupent une position particulière dans la problématique du SIDA. Ils ont un rôle, qui va croissant, de prise en charge et de traitement (de malades, de séropositifs, de patients inquiets) et de prévention (information des patients) mais aussi, en tant que professionnels dont les compétences sont reconnues, de leaders informels, de conseillers ou d'informateurs crédibles auprès de leur entourage, auprès de la population en général. Leurs attitudes face au SIDA, leurs prises de position peuvent ainsi acquérir un poids qui dépasse les limites strictes de l'horizon professionnel. Comme l'ensemble de la population, ils sont concernés par le risque du SIDA (dans leur vie privée) mais ils sont aussi concernés par un risque (très faible) de contamination dans certains gestes de leur vie professionnelle et ils doivent se situer par rapport à ces deux risques très différents. Cet ajustement à

²⁰ Flückiger M, Spreyermann C. Rapport intermédiaire d'évaluation de l'action Sprützerhüsli à Bâle (non publié).

²¹ Faire face au SIDA. Textes rassemblés sous la direction de J. Martin, Lausanne, Editions Favre, 1988.

²² Source : Les personnels hospitaliers. Etude no 6.

²³ Source : Les médecins praticiens. Etude no 14.

une situation particulière peut avoir à son tour une répercussion sur leur attitude face à la prévention et face aux soins, sur leur manière d'en parler.

Chez le personnel hospitalier, les connaissances générales sur l'épidémiologie du SIDA et sur les moyens de transmission sont acquises mais elles sont encore insuffisamment précises dans les domaines qui touchent au risque professionnel (magnitude du risque, situations comportant un risque). En général, les hospitaliers ont conscience d'un double risque, professionnel et privé, mais surestiment le risque professionnel (risque perçu beaucoup plus grand que le risque réel qui est estimé à 1-5 % en cas de blessure avec un instrument contaminé par le VIH²⁴). La relativisation du risque se fait mal (c'est-à-dire comparer ce risque à d'autres risques professionnels, à des risques courus par d'autres professionnels, à des risques courus dans la vie de tous les jours, considérer la notion probabiliste de risque, etc.). Ce phénomène varie selon le nombre de cas vus et le type de confrontation au SIDA (malades ou séropositifs). Il ne faut pas oublier que la confrontation avec l'épidémie du SIDA est quelque chose de nouveau pour le personnel hospitalier, les maladies transmissibles graves ne faisant plus partie du champ de son expérience professionnelle (l'hépatite B, par exemple, éveille peu de craintes).

Les premiers contacts avec les malades génèrent des peurs et parallèlement des demandes d'information et de formation (auxquelles la réponse donnée est généralement insuffisante, surtout en terme de continuité). L'expérience du contact avec les malades et les séropositifs tend cependant à résorber craintes et ambivalences. Ceci est surtout valable pour les services de soins continus (services de lits) et les consultations SIDA où l'aspect relationnel avec le patient a autant d'importance que les gestes techniques. Dans ces services, le personnel réagit au SIDA sur un modèle maladie mortelle (analogie avec le cancer) : c'est la prise en charge du patient qui est perçue comme étant le problème principal.

Dans les services "de passage" (urgences, salles d'opération et d'accouchement) des craintes importantes (souvent non exprimées immédiatement) persistent et c'est dans ces services que l'on peut s'attendre à rencontrer des difficultés (demande d'hyperprotection, demande de tests de routine) si des mesures (meilleure formation, meilleur soutien) ne sont pas prises. En effet, le personnel de ces services où il se fait beaucoup de prises de sang, d'injections et de travail avec du matériel tranchant adopte pour le SIDA un **modèle maladie contagieuse** : peur de l'attraper, peur de l'inconnu (le séropositif n'est pas identifiable) et a tendance à vouloir reconnaître qui sont les patients "à risques" et même à les réduire à la notion de suspects, avec des possibilités de stigmatisation. Les précautions universelles semblent difficiles à mettre en pratique et la tendance serait plutôt au jugement "à la tête du client".

Les craintes sont en général très intériorisées et n'apparaissent pas forcément à l'examen superficiel. Il existe donc un risque certain de méconnaissance et par là-même de non prise en compte de ces peurs. Elles ont pourtant pour conséquence des attitudes et comportements à l'égard des patients qui pourraient aller à l'encontre de leur intérêt (baisse de la qualité des soins, discrimination de certaines catégories, en particulier les toxicomanes). Ce type d'attitudes ou de comportements, contraire à l'éthique des professions médicales, n'a heureusement été rencontré que rarement mais il ne doit pas être sous-estimé : les représentations négatives de la maladie (et parfois de ceux qui la portent) sur lesquelles il est fondé sont bien là, même si elles n'ont que rarement

²⁴ Ruthanne M and the CDC Cooperative Needle stick Surveillance Group. Surveillance of health care workers exposed to blood from patients infected with the human immunodeficiency virus. N Engl J Med 1988; 319 : 1118-1123.

l'occasion de s'exprimer, d'être comprises et dépassées. Des problèmes pourraient donc apparaître en situation de crise (augmentation rapide du nombre de malades dans un service, accident par piqûre, etc.).

4.5.2 Les professionnels de l'éducation et les assistants sociaux

La confrontation au SIDA (avoir des clients séropositifs ou malades) a aussi entraîné des peurs chez ces professionnels²⁵, surtout au moment de l'apparition des premiers cas (1984, 1985). 16 % des institutions en Suisse romande et 37 % des institutions en Suisse alémanique mentionnent avoir connu, pour cette raison, des perturbations dans le travail. Ces craintes étaient surtout liées à une possibilité de contamination au contact des clients. Elles ont rapidement diminué avec l'amélioration des connaissances (pas de risque dans les contacts quotidiens). Actuellement, l'inquiétude qui domine porte sur les difficultés de prise en charge des clients atteints, sur l'investissement émotionnel que cette prise en charge représente. Ces difficultés entraînent en général une réflexion approfondie dans les équipes (notamment sur la nécessité d'assurer un rôle nouveau : "avant on était là pour aider les gens à s'en sortir, maintenant il faut apprendre à les accompagner vers la mort"), un resserrement des liens d'équipe qui aboutissent à un engagement important vis-à-vis des clients concernés. La demande de formation spécifique à la prise en charge (à faire au niveau des écoles professionnelles) est forte, de même que le besoin de constituer des réseaux d'aide à la prise en charge (institutions, professions médicales, ASS, services sociaux, etc.).

4.6 Les comportements changent : confirmation des tendances

En 1987, l'évaluation de la prévention avait révélé que des comportements de protection du SIDA étaient observables, à des degrés divers, dans tous les groupes de population examinés. Cette tendance est confirmée et renforcée par les résultats obtenus cette année. Vu l'importance de ce point, il sera détaillé pour les différents groupes observés.

4.6.1 Les 17-30 ans

L'enquête sur le comportement sexuel, menée auprès d'un échantillon représentatif de la population des 17-30²⁶ ans, permet d'obtenir des données sur l'exposition potentielle au VIH et sur l'évolution des comportements de protection. Elle a été effectuée trois fois : en janvier 1987 (avant le début de la campagne STOP-SIDA), en octobre 1987 et en octobre 1988. Elle sera répétée dans les années à venir.

En octobre 1988, 61 % des personnes interrogées vivent une relation stable et se décrivent comme absolument fidèles, 11 % n'ont eu jusqu'à présent aucune relation sexuelle. Les autres (28 %), soit :

- ont une relation stable avec d'autres contacts sexuels occasionnels,
- ont des relations fidèles mais de courte durée,

²⁵ Source : Les éducateurs et assistants sociaux. Etude no 13.

²⁶ Source : Enquête sur le comportement sexuel des jeunes adultes (17-30 ans). Etude no 2.

- sont sans relation ou à la recherche du partenaire idéal.

Comme la majeure partie des personnes interrogées dit vivre actuellement dans une situation exempte de risque de transmission sexuelle du VIH, on pourrait imaginer que seule une minorité de la population jeune est concernée par la prévention du SIDA. Il n'en est rien. En effet, si l'on considère le nombre total de partenaires sexuels que chaque personne a eu dans sa vie jusqu'à présent, on constate que, dans la tranche d'âge de 26-30 ans, 80 % des hommes interviewés et 68 % des femmes ont eu plus d'un partenaire, c'est-à-dire ont été confrontés au moins une fois dans leur vie à une situation de changement de partenaire, où la question de la protection du SIDA doit se poser parce qu'il existe un passé sexuel avec quelqu'un d'autre (voir tableau 6).

Tableau 6 : 17-30 ans : nombre total de partenaires jusqu'à présent selon la classe d'âge et le sexe (oct. 1988)

	Hommes (N = 605)			Femmes (N = 608)		
	<u>17-20 ans</u>	<u>21-25 ans</u>	<u>26-30 ans</u>	<u>17-20 ans</u>	<u>21-25 ans</u>	<u>26-30 ans</u>
0 partenaire	28 %	7 %	3 %	28 %	6 %	0.3 %
1 partenaire	15 %	18 %	11 %	32 %	26 %	23 %
2 partenaires	12 %	9 %	5 %	13 %	12 %	16 %
3 et plus partenaires	44 %	61 %	75 %	26 %	53 %	51 %
pas de réponse	1 %	5 %	6 %	1 %	3 %	9 %

Question : avec combien de personnes en tout avez-vous couché ?

Deux variables ont été suivies depuis 1987 pour décrire les risques et les comportements de protection : l'existence de relations sexuelles occasionnelles (indépendamment ou en dehors d'une relation stable) au cours des 6 dernier mois et l'usage de préservatifs dans ce type de situation.

Si la proportion, dans la population jeune, de gens ayant des contacts sexuels occasionnels reste stable, on observe en revanche une augmentation significative des comportements de protection dans ces situations. Il est particulièrement encourageant de voir que très peu de gens actuellement n'utilisent jamais le préservatif et les tendances font supposer un glissement progressif d'un usage inconstant à un usage systématique du préservatif, chez ceux qui se mettent à l'utiliser.

D'autres variables de comportement non immédiatement liées à des messages portés par les campagnes de prévention (expérience sexuelle, expérience avec drogues douces ou dures, expérience avec les prostituées, contacts homosexuels) sont restées stables dans les trois échantillons indépendants successifs et témoignent de la bonne comparabilité entre ces échantillons (voir tableau 8).

Tableau 7 : Etude 17-30 ans : relations sexuelles occasionnelles et usage de préservatifs

	janv.87 (N=1182)	oct.87 (N=1211)	oct.88 (N=1213)
Contacts sexuels occasionnels dans les 6 derniers mois	18 % ± 2 %	14 % ± 2 %	15 % ± 2 %
Parmi ceux qui ont eu des contacts occasionnels dans les 6 derniers mois :	(N=210)	(N=160)	(N=186)
usage de préservatifs			
- jamais	67 % ± 6 %	38 % ± 8 %	13 % ± 5 %
- de temps en temps	25 % ± 6 %	45 % ± 8 %	58 % ± 7 %
- toujours	8 % ± 4 %	17 % ± 6 %	29 % ± 7 %

Tableau 8 : Etude 17-30 ans : autres variables de comportement

	janv.87 (N=1182)	oct.87 (N=1211)	oct.88 (N=1213)
Pas d'expérience sexuelle	13 %	13 %	11 %
Expérience avec drogues			
- douces	27 %	25 %	29 %
- dures	4 %	3 %	4 %
Hommes avec expérience avec prostituées	9 %	10 %	8 %
Hommes ayant eu un contact homosexuel	3 %	3 %	2 %

Par ailleurs 20 % des personnes interrogées disent avoir changé de partenaire ou avoir fait la connaissance d'un nouveau partenaire durant les 9 premiers mois de 1988. Parmi eux la moitié a parlé du SIDA avec ce nouveau partenaire; les 3/4 de ceux qui ont parlé du SIDA ont aussi parlé de préservatifs et les 2/3 de ceux qui ont abordé la question du préservatif l'ont effectivement employé. En tout 40 % de ceux qui ont changé de partenaire cette année ont utilisé des préservatifs, au moins au début de la nouvelle relation. Le changement de partenaire (cette notion contient à la fois le fait d'avoir plusieurs partenaires et celui d'entrer dans une nouvelle relation stable de durée plus ou moins longue) est plus fréquent dans les tranches d'âge plus jeunes (voir tableau 9). Ceci illustre

encore une fois que le nombre de jeunes adultes qui se trouvent en situation de devoir sérieusement se poser la question de la prévention du SIDA est loin d'être négligeable dans notre pays.

Tableau 9 : 17-30 ans : changement de partenaire ou nouveau partenaire au cours des 9 derniers mois (en 1988), selon la classe d'âge

	<u>17-20 ans</u>	<u>21-25 ans</u>	<u>26-30 ans</u>	<u>total</u> (N=1213)
Changement de partenaire	27 %	23 %	11 %	20 %
Pas de changement de partenaire	73 %	77 %	89 %	80 %
pas de réponse	0.3 %	0.4 %	1 %	1 %

En 1988, il a été demandé aux participants à l'enquête qui avaient une expérience sexuelle mais pas de relation stable et fidèle s'ils avaient modifié leur comportement en fonction de ce qu'ils savaient du SIDA.

En ce qui concerne le changement de partenaire sexuel :

- 25 % affirment en changer moins souvent qu'il y a quelque temps.
- 43 % affirment n'avoir pas modifié leur comportement.
- 2 % affirment changer plus souvent de partenaire.
- 29 % ne se prononcent pas.

Pour l'usage des préservatifs :

- 41 % affirment en employer plus souvent qu'il y a quelque temps.
- 28 % affirment n'avoir pas changé dans ce domaine.
- 2 % affirment en employer moins souvent.
- 28 % ne se prononcent pas.

4.6.2 Les jeunes tessinois

Chez ces jeunes gens de 19 ans²⁷ interrogés en 1988 au moment du recrutement, 44 % affirment qu'ils auraient plutôt tendance à s'abstenir d'un comportement dans une situation à risque ou en cas de doute (par exemple un rapport sexuel), 55 % qu'ils utiliseraient un moyen de prévention.

4.6.3 Le marché des préservatifs

La mise sur le marché de préservatifs²⁸ a été suivie mensuellement depuis le début de 1987. Les chiffres présentés proviennent de 6 fabricants de préservatifs ou distributeurs de marques étrangères en Suisse, qui représentent plus de 80 % du marché suisse. La figure 3 indique le nombre de préservatifs mis sur le marché mensuellement en 1987 et 1988.

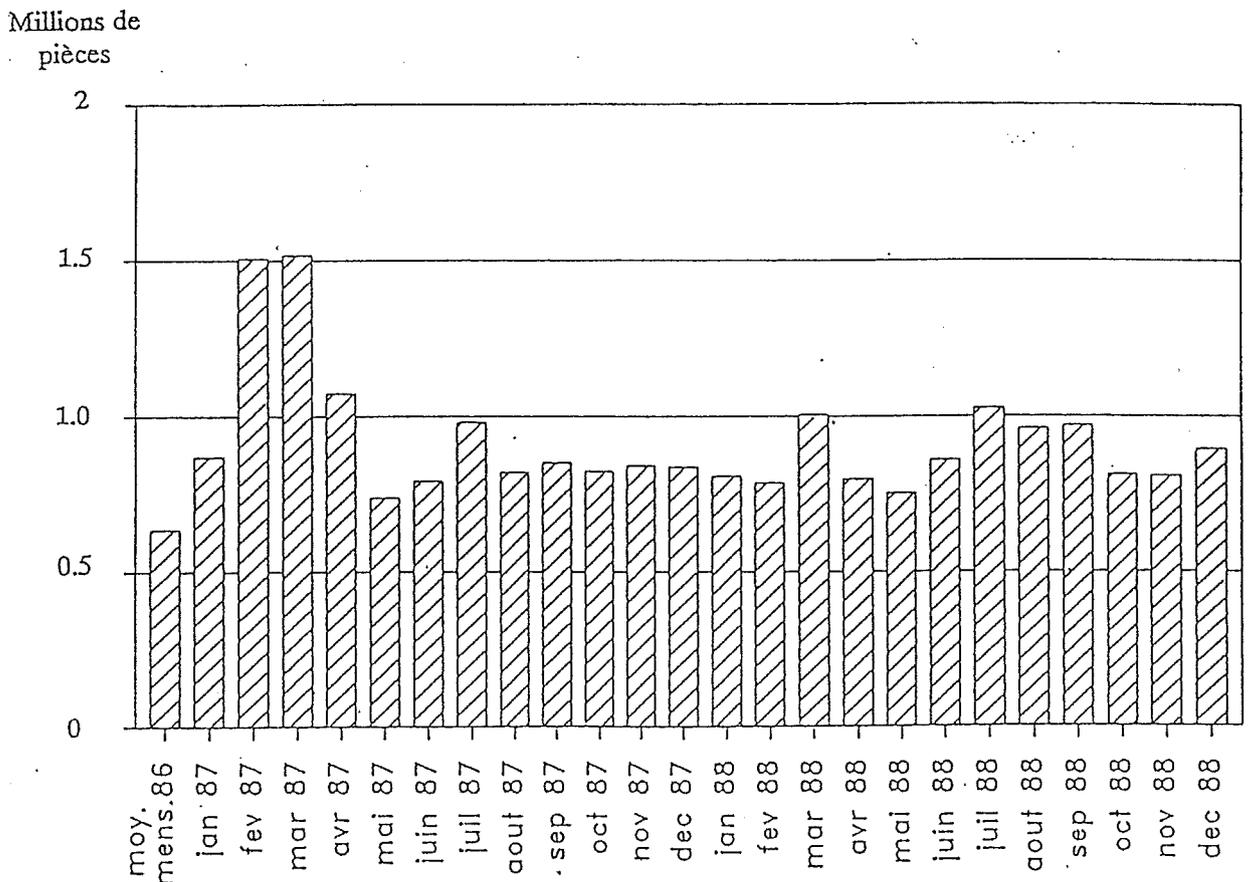
²⁷ Source : Les jeunes tessinois. Etude no 3.

²⁸ Source : Marché du préservatif. Etude no 1.

Pour ces 6 entreprises, le nombre total de préservatifs mis en vente a été de 7'600'000 environ en 1986, 11'650'000 en 1987 et 10'490'000 en 1988.

Au début de 1987, juste après le lancement de la campagne STOP-SIDA, un véritable boom a eu lieu pendant quelques mois, qui correspondait probablement à un élargissement du marché (augmentation du nombre de points de vente de 56 % pendant les premiers mois de 1987 par rapport à la fin de l'année 1986, stabilisation par la suite). Dès la mi-1987, le marché reste stable.

Figure 3 : Mise sur le marché mensuelle de préservatifs 1987-1988 (6 fabricants)



En 1988, la mise sur le marché a augmenté de 38 % par rapport à 1986. On observe, dès le 2ème tiers de l'année (figure 4), une tendance à l'augmentation des chiffres mensuels de livraison, par rapport aux mêmes mois de l'année précédente. Il faudra encore une à deux années d'observation pour vérifier si cette lente tendance à la hausse se confirme.

Cette lente augmentation des ventes de préservatifs est compatible avec les données obtenues dans l'étude des 17-30 ans et les estimations d'usage de préservatifs chez les clients de prostituées²⁹.

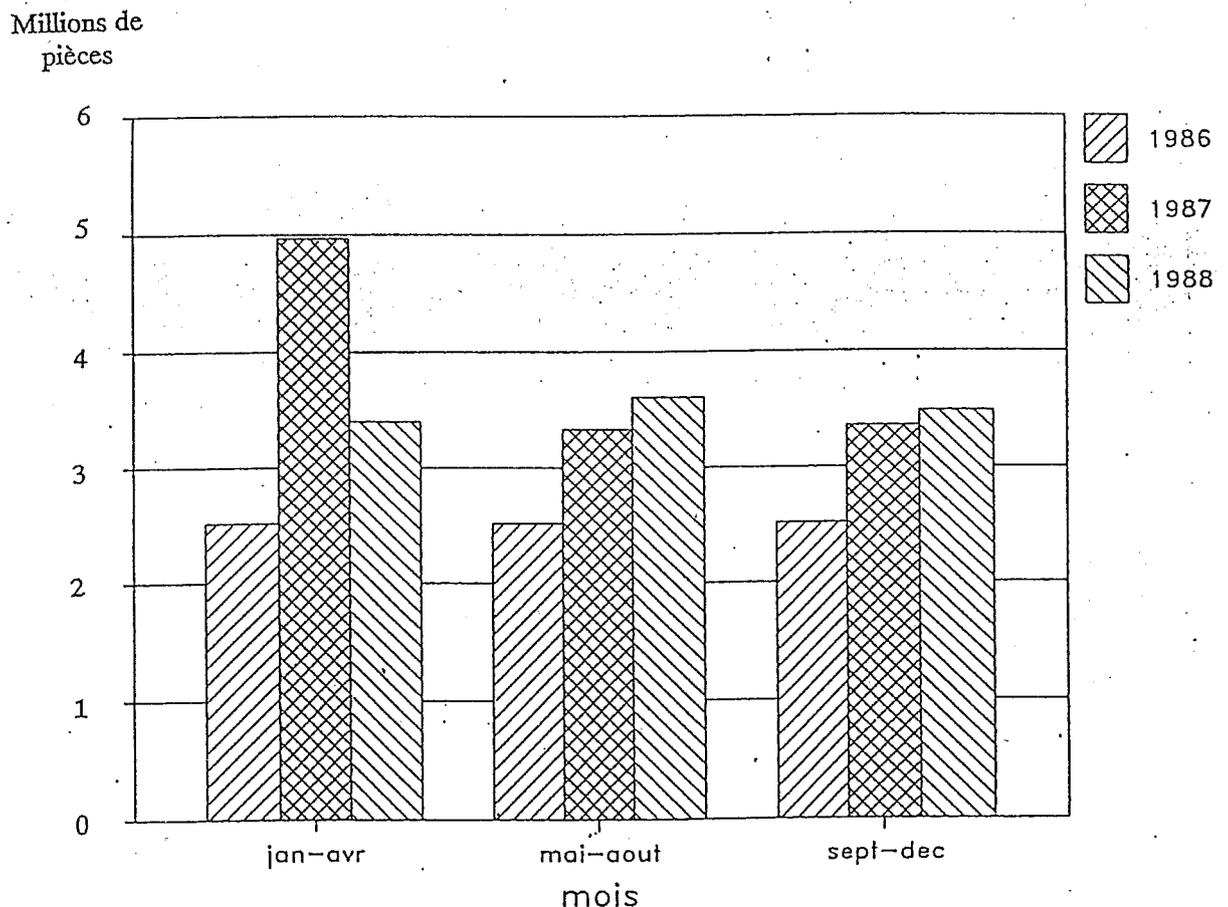
²⁹ IPSO Sozial-und Umfrageforschung. Prostitution in der Schweiz. Zürich 1988.

Si de nouvelles marques de préservatifs sont apparues, elles n'ont pas réussi à faire une percée significative sur le marché suisse qui reste dominé par quelques grandes marques.

La structure du marché s'est modifiée dans le sens d'une augmentation de la vente dans les grandes surfaces. En revanche, la vente par distributeurs automatiques a de la peine à se mettre en place. Par exemple : un programme d'installation de préservatifs dans les automates à cigarettes (chez les cafetiers, restaurateurs, hôteliers), lancé par l'ASS, un fabricant suisse de préservatifs et une firme de distributeurs, s'est heurté à une forte résistance de la part des tenanciers d'établissement (qui craignaient des remarques négatives de la part de leur clientèle) et n'a pas été un succès.

Figure 4 : Mise sur le marché de préservatifs: comparaison 1986-1988 (6 fabricants)

1986 : calculé sur la base de la moyenne annuelle



Les 3 études mentionnées jusqu'ici (17-30 ans, jeunes tessinois, préservatifs) confirment de façon **quantitative** des tendances déjà observées en 1987. D'autres études, surtout **qualitatives**, menées auprès de secteurs particuliers de la population (les adolescents fréquentant les cours d'éducation sexuelle de

Pro Familia, les jeunes de la "zone", les militaires à l'école de recrues, les migrants turcs, les sex-touristes), rendent compte de certaines spécificités dans les changements observés, des modalités d'acquisition de nouveaux comportements, des difficultés rencontrées.

4.6.4 Les adolescents et les cours d'éducation sexuelle

Leurs déclarations, réflexions, questions, attitudes non verbales concernant la sexualité en général, le préservatif et son usage en particulier, ont été récoltés par les animatrices en éducation sexuelle de Pro Familia dans le canton de Vaud durant la période de février à juin 1988³⁰. Le nombre d'élèves (de 4e, 6e, 8e et 9e années et des cours professionnels pour apprentis) touchés par les cours d'éducation sexuelle est de plus de 10'000 par année dans ce canton. Les données récoltées ont été synthétisées lors de réunions de groupes d'animatrices de façon à dégager les principales tendances qui se manifestent dans la population étudiée.

Dans le rapport à la sexualité, deux populations bien distinctes apparaissent : les adolescents en fin de scolarité obligatoire et les apprentis plus âgés dont la sexualité est plus proche de celle des adultes.

Selon les animatrices, pour les premiers, les découvertes de la sexualité sont des expériences difficilement racontables et le fait d'aborder la question du SIDA tend à focaliser l'attention sur la sphère génitale alors que l'essentiel (de la sexualité) ne se trouve souvent pas encore là. Par exemple, elles remarquent que le fait de préciser que le SIDA ne se transmet pas par le baiser rassure et légitime en même temps ce que la plupart des adolescents vivent dans leurs relations présentes. Pour les seconds (les apprentis), les premières relations sexuelles ont souvent déjà eu lieu (globalement entre 16 et 19 ans pour les 2/3 des apprentis³¹) et d'autres problèmes sont exprimés : la fidélité, mais pour chaque partenaire successif, la question de la contraception, la difficulté à prévoir le déroulement des choses (et avoir un préservatif avec soi), la difficulté de parler ensemble, la maladresse et le manque d'expérience.

Lorsqu'il s'agit de parler (en classe) du SIDA et de la prévention, après une phase de gêne, voire de "ras-le-bol" exprimé, deux thèmes retiennent l'attention des adolescents :

- les malades du SIDA : comment se passe cette maladie. Ils aimeraient voir des malades, ou des films avec des témoignages de malades.
- le préservatif : comment se familiariser avec cet objet, comment s'en procurer et surtout comment en parler à son partenaire ?

Tout se passe comme s'ils cherchaient à concrétiser le risque, à bien saisir l'enjeu de la situation pour se créer des motivations suffisantes, "apprivoiser" la prévention.

Si les aspects pratiques liés au préservatif (achat, utilisation, etc.) sont des préoccupations qui reviennent souvent, la plus importante est liée à la sphère de la relation : comment imaginer que celui ou celle avec qui on pourrait avoir des relations sexuelles puisse être atteint par le virus, comment nouer des relations en gérant cette incertitude et surtout comment en parler ? Comment passer de

³⁰ Source : Image des préservatifs. Etude no 20.

³¹ Michaud P.A, Hausser D, Resplendino J, Lehmann Ph. Evaluation cas-contrôle d'un programme de prévention des MST et du SIDA auprès d'apprentis vaudois. Présentation aux journées annuelles de la SSMSP. Genève, juin 1988.

l'intention aux actes ? Les adolescents lancent un SOS : des mots pour le dire ! Leurs besoins sous-jacents sont de plusieurs ordres : que la dimension émotionnelle importante de la mise en pratique de la prévention soit reconnue par ceux qui leur en parlent, que la distribution des rôles soit évoquée (des garçons : "ce serait mieux si c'est la fille qui va l'acheter", "c'est la fille qui doit le mettre, c'est plus facile"; des filles : "c'est au garçon de prendre la décision de le mettre", "je n'oserais pas dire à un garçon de le mettre"), que des arguments d'utilisation de préservatifs soient fournis (**liaison entre protection du SIDA et contraception**), bref, que l'entrée en matière soit rendue plus facile. Mais aussi que d'autres formes de sexualité que la pénétration soient reconnues par les adultes et valorisées (les baisers, les caresses), de même qu'un style de relations (la tendresse, le partage, l'expression des émotions). Il s'agit ici d'un appel à dépasser un discours technique pour être à l'écoute des réalités et aspirations d'une génération qui est bien d'accord de se protéger mais bute sur des difficultés qui sont plus que simplement pratiques.

Ces difficultés n'empêchent toutefois pas la mise en pratique de la prévention : les éducatrices de Pro Familia rapportent de nombreux témoignages d'utilisations occasionnelles ou répétées de préservatifs.

4.6.5 La "zone"

La première constatation à faire est que cette entité sociale telle qu'elle avait été définie pour la recherche (jeunes de 15 à 25 ans en rupture sur les plans de la famille, de l'école, de l'emploi, du logement, en principe non toxicomanes aux drogues dures) existe et est atteignable, même si elle est inhomogène et qu'une partie des gens interrogés ne se sentent pas y appartenir³².

Ces jeunes ont des relations sexuelles, qui n'ont d'ailleurs pas une importance centrale dans leur existence. Le groupe et les copains sont plus valorisés que la relation à deux et les filles, par exemple, semblent avoir des relations parfois plus fréquentes qu'elles ne le voudraient (relations sexuelles "de solitude" ou "de dépendance"). Ils ne s'injectent pas de drogues dures (critère de définition retenu dans l'étude), consomment diverses drogues (haschich, médicaments) et alcools mais évitent plutôt les contacts avec les héroïnomanes (méfiance encore renforcée avec le phénomène du SIDA).

Toutefois le SIDA n'est pour eux qu'un problème parmi d'autres, plutôt mineur. Ils ont de toute façon des comportements à risque, et pas seulement dans le domaine de la santé. Mais si certains risques pris sont plus ou moins calculés (par exemple le risque de se faire pincer par la police dans de petits délits ou de rouler vite), le SIDA, comme l'héroïne, fait partie de la catégorie des risques qu'on ne choisit pas.

Ils ont des comportements sexuels à risque : ils changent de partenaires (même si la fidélité existe dans les couples provisoires) et n'utilisent pas souvent de préservatifs. 1/4 d'entre eux dit avoir eu des relations sexuelles avec des toxicomanes. La contraception, quand elle existe, est hormonale. Quelques filles ont eu une interruption de grossesse. Plus de la moitié des interviewés dit boire de l'alcool régulièrement, parfois en faisant des mélanges avec des médicaments, donc les situations de baisse de vigilance ne sont pas rares. On retrouve, comme dans d'autres groupes, une gestion individuelle du risque : choix du partenaire selon son apparence ou sa réputation, renonciation à toute idée de protection si on est "vraiment amoureux". Certains demandent si le partenaire a fait le test (plusieurs l'ont fait eux-mêmes). Les filles paraissent plus prudentes ou plus

³² Source : La zone. Etude no 4.

sensibles au problème de la contraception : plusieurs garçons se sont fait proposer le préservatif et l'acceptent dans ces cas-là (acceptation passive).

4.6.6 Les recrues (jeunes hommes de 20 ans)

En répondant anonymement à un questionnaire, 49 % des recrues³³ interrogées disent avoir employé des préservatifs dans les derniers 12 mois, 23 % n'ont eu que des contacts sexuels sans préservatifs, 24 % n'ont pas eu de relation sexuelle.

Les raisons données et la fréquence de l'usage du préservatif sont différentes selon qu'il existe une partenaire stable ou une partenaire nouvelle ou occasionnelle : avec la partenaire stable, la tendance est à l'usage du préservatif de temps en temps, avant tout pour éviter une grossesse quoique la protection conjointe (SIDA et grossesse) soit aussi évoquée. En revanche, avec la nouvelle partenaire, on a tendance à employer plus souvent le préservatif avec la double motivation (SIDA et grossesse) ou en pensant d'abord au SIDA.

Les commentaires au sujet des préservatifs montrent une tendance vers la corrélation entre acceptation du préservatif et usage plus fréquent : "ce n'est pas agréable, moins érotique, moins pratique, mais ça tranquillise", "surprenant au début mais on s'y habitue", "ça ne change rien, juste un petit moment de flottement avant". Les commentaires les plus négatifs parlent du "préservatif qui dérange" mais pas du "préservatif qui tue le plaisir".

Le don du sang a été l'occasion de réflexions personnelles sur le SIDA, à cause de l'obligation pour chaque donneur de remplir un questionnaire sur les risques de contamination encourus par le passé.

4.6.7 Les migrants

Les résultats ont été recueillis principalement dans une communauté migrante, turque (58 hommes, en interviews individuelles ou de groupes), aux caractéristiques sociales homogènes (origine rurale, réfugiés ou candidats à l'asile en Suisse)³⁴. La majorité des gens interrogés sont mariés avec femme et enfants au pays, sont en Suisse depuis plusieurs mois à plusieurs années, occupent des emplois peu qualifiés.

En ce qui concerne les risques courus, on peut distinguer trois catégories de personnes :

- la grande majorité des interviewés n'a pas eu de contact sexuel pendant les derniers mois ou années, pour des raisons liées à la difficulté des contacts (langue), aux conditions de vie (en communauté dans des conditions de logement précaires), au manque d'argent (pour fréquenter les prostituées);
- un peu moins du quart ont eu des contacts avec des prostituées (en général avec préservatifs), contacts jugés décevants notamment à cause de l'obligation d'utiliser des préservatifs;
- d'autres ont eu des relations stables; ce sont souvent ceux qui sont arrivés en Suisse entre l'âge de 18 et l'âge de 22 ans, se sont émancipés de la

³³ Source : Les militaires : programme éducatif dans le contexte de l'armée. Etude no 7.

³⁴ Source : Les migrants. Etude no 5.

communauté et laissent paraître bon nombre d'influences de pairs (suisse) du même âge;

- peu ont eu des contacts multiples et non (ou occasionnellement) protégés : ce sont les plus anciennement arrivés en Suisse (plus de 2 ans), les plus âgés, ceux qui vivent de la façon la plus indépendante, les plus acculturés.

Certaines particularités culturelles interfèrent avec la problématique SIDA. Par exemple le rôle des prostituées : en Turquie, les prostituées sont une "institution", elles vivent dans des bordels officiels, sont répertoriées et contrôlées médicalement, donc considérées comme propres, exemptes de maladies, sûres, au contraire de celles qui racolent au bord des routes (les "auto-stoppeuses"). En Suisse, ce type de garantie (la prostituée établie et contrôlée) n'existe pas, on ne sait pas à qui on a affaire.

La notion de propreté, liée à la purification par les ablutions est aussi importante. Elle est liée à l'Islam, donc on se méfiera des femmes d'ici qui ne pratiquent pas ce type d'hygiène rituelle, d'autant plus qu'on les considère comme "libres" (mobiles sexuellement). Autre particularité : le déni culturel de l'homosexualité.

Le préservatif est peu connu, peu utilisé en Turquie au point qu'il n'a pas du tout été identifié comme tel sur les affiches, où il a été pris plutôt pour une goutte de sang, un signal d'interdiction (feu rouge, stop) ou de danger. Il semble pourtant que cela soit en train de changer car la Turquie a commencé des campagnes de prévention dans les grandes villes : les migrants récemment arrivés ont souvent entendu parler de prévention du SIDA ou lu des articles dans la presse turque à ce sujet.

Pour résumer, on peut dire que cette communauté est mal informée mais court actuellement plutôt peu de risques, essentiellement par un effet de ghetto (protecteur tant que le virus n'existe pas dans le ghetto). Cette situation est donc très instable et peu satisfaisante.

Un sondage par interviews dans les milieux africains (une douzaine d'interviews de personnes ayant vécu au Zaïre ou au Burundi) laisse entrevoir une situation différente. Les personnes interrogées, souvent des réfugiés, viennent de milieux plus aisés et urbains. Ils manifestent une certaine réticence à s'exprimer sur le SIDA, fondée sur le sentiment qu'en Europe, l'Afrique est rendue responsable du SIDA (ou en tout cas reliée au SIDA). Une plus grande mobilité sexuelle au début de l'âge adulte dans les pays d'origine est décrite. La confrontation avec le SIDA (avoir un malade dans ses proches) a existé là-bas pour plus de la moitié des interviewés et le niveau d'information est supérieur : parler du SIDA (parfois nommé Syndrome Inventé pour Décourager les Amoureux) fait partie de la réalité courante. La prévention est pourtant peu mise en pratique dans le pays d'origine. Dans le pays d'accueil, c'est plutôt la conduite d'évitement qui est adoptée (abstinence) autant par difficulté d'établir des contacts que par crainte du SIDA.

4.6.8 Les sex-touristes

Un des intérêts principaux de l'étude³⁵ menée a été de montrer que :

- les contacts sexuels occasionnels de touristes suisses avec les autochtones dans les pays tropicaux ne sont pas rares. Les circonstances en sont

³⁵ Source : Les sex-touristes. Etude no 8.

diverses (voyage explicitement entrepris dans un but de consommation sexuelle, aubaine non prévue, etc.);

- une partie de ces "sex-touristes" a déjà adopté des comportements de protection.

La quasi totalité des contacts sexuels ont eu lieu avec des autochtones des pays visités, la moitié avec des prostitué(e)s. La grande majorité de ces contacts étaient des contacts hétérosexuels.

61 % de ceux qui ont eu des contacts sexuels occasionnels ont eu plus de un partenaire sexuel pendant le voyage.

69 % des "sex-touristes" masculins disent avoir utilisé régulièrement des préservatifs, 8 % de temps en temps, 23 % jamais. Chez les femmes, une sur les cinq que l'on peut classer dans les "sex-touristes" dit en avoir utilisé.

Les moins de 40 ans utilisent davantage le préservatif (85 %) que les plus de 40 ans (1/3 d'utilisateurs), les homosexuels davantage que les hétérosexuels. La principale raison mentionnée pour l'usage du préservatif est la protection du SIDA, la protection des autres maladies sexuellement transmissibles venant ensuite. Les raisons invoquées le plus souvent contre l'usage du préservatif sont : l'absence de préservatif sous la main, l'aspect en bonne santé du partenaire, l'insouciance sur le moment (parfois due à l'ivresse), la présentation par une prostituée d'un certificat médical ou d'un certificat-SIDA (sic).

Cette catégorie de voyageurs est plus ou moins identifiable et par là pourrait être touchée par une information préventive. En effet, rappelons que les participants au groupe présumé "à risques" (touristes susceptibles d'avoir des contacts sexuels occasionnels durant leur voyage) étaient recrutés avant leur départ pour un pays tropical, au moment d'une visite au centre de vaccination de l'ISPM à Zurich, sur la base de l'impression subjective du médecin qui les voyait (plusieurs médecins ont participé au recrutement). Les critères de recrutement, laissés à l'appréciation de chaque médecin, reposaient en général sur la situation de voyage (voyage seul ou en groupe, ou accompagné d'une personne de même sexe, destination) ainsi que sur l'aspect et le comportement général du voyageur et non sur une anamnèse de comportement sexuel. Ce recrutement "au jugé" a donné un rendement comparable entre les différents médecins. Des touristes de retour de vacances au Kenya, recrutés lors des vols de retour, formaient le groupe contrôle.

Les voyageurs appartenant au groupe présumé "à risques" sont des hommes entre 17 et 59 ans (pic de fréquence entre 17 et 29 ans) voyageant seuls ou en groupe à destination du Sud-Est asiatique (Thaïlande / Philippines), du Brésil ou du Kenya. La majorité d'entre eux sont des hétérosexuels sans relation stable.

67 % des participants au groupe présumé "à risques" ont eu pendant leur voyage des relations sexuelles occasionnelles (contre 4 % des participants au groupe contrôle). Cette proportion s'élève au-dessus de 90 % pour la tranche d'âge de 40-60 ans.

Tous les participants à l'étude (groupe à risque et groupe de contrôle) s'estiment bien informés sur le SIDA. Cependant 25 % de ceux qui ont eu des contacts sexuels occasionnels pensent ne pas courir de risque en ayant des relations sexuelles non protégées avec des autochtones du pays visité.

Aucune séroconversion (VIH) n'a été documentée dans une période de 3 mois après le retour de voyage. En revanche, plusieurs cas d'autres maladies sexuellement transmissibles (gonorrhée) ont été décrits et plusieurs participants appartenant au groupe à risque donnaient une anamnèse d'épisodes antérieurs de MST.

Des anticorps dirigés contre le virus de l'hépatite A ont été découverts chez 19 % du groupe "sex-touristes" et 37 % du groupe contrôle. Une sérologie positive pour la syphilis a été mise en évidence chez 4 personnes sans qu'il ait été découvert d'infection récente. Chez 7 personnes, l'examen des selles a montré des amibes (kystes ou formes végétatives). Il n'y a pas eu de recherches d'anticorps pour l'hépatite B.

Après un tour d'horizon des principaux changements dans les comportements observés dans les différentes études, on peut faire quelques constatations :

- en 1988, des comportements de protection continuent à se mettre en place (ou ont récemment commencé pour certains secteurs de la population), de manière inégale et discontinue;
- comme on l'avait vu déjà l'année passée, l'usage du préservatif n'est pas la seule solution individuelle envisagée, les comportements d'évitement sont parfois préférés et la fidélité est répandue (quelle que soit sa longévité et la qualité de la relation sur laquelle elle est fondée). De fait, après le grand branle-bas déclenché par les messages de prévention liés au préservatif (message ayant acquis droit de cité), ce sont les problèmes relationnels qui surgissent dans le discours et dans les actes (ou dans l'absence d'actes). La prévention doit tenir compte de cette réalité et apporter des supports aux changements de comportement, en parlant aussi des problèmes relationnels;
- la majorité des personnes interrogées dans les études de résultats du programme d'évaluation 1988 sont de jeunes adultes (études 17-30 ans, jeunes tessinois, recrues, jeunes fréquentant le cours d'éducation sexuelle), souvent encore en quête du partenaire idéal ou au début de la relation avec le "partenaire idéal". Ils présentent un profil relationnel d'accumulation d'expériences, de recherche de relations satisfaisantes, qui diffère de celui d'adultes plus âgés, à un autre stade de leur vie sexuelle, où l'aspect relationnel est peut-être moins important. En conséquence, les initiateurs des campagnes de prévention devraient tenir compte de ces différences et nuancer leurs messages en fonction d'elles;
- pour les jeunes, la question de la contraception occupe une place très importante lorsqu'ils pensent à l'usage du préservatif. Il faut se rappeler que le préservatif est un moyen de contraception fréquemment utilisé lors de l'entrée dans la vie sexuelle, surtout parce que son usage n'est pas dépendant d'une consultation médicale préalable, au contraire de la pilule ou d'autres formes de contraception. Le préservatif est moins lié au SIDA qu'à la contraception, même si bon nombre de jeunes commencent à s'en servir avec la double motivation (contraception + protection du SIDA);
- la gestion individuelle (ou à deux) du risque est bien une réalité et comporte des difficultés : maintenir un comportement nouveau (recommencer à chaque rapport sexuel s'il s'agit du préservatif mais surtout recommencer à chaque relation...), éviter les exceptions. Il convient

alors de considérer tout ce qui aide à changer de comportement (déclencheurs, incitateurs, confirmateurs) et ce qui l'empêche (origine des résistances).

4.7 la gestion individuelle du risque

La gestion du risque est certainement plus simple lorsqu'il n'y a pas ou peu d'enjeu affectif (prostitution par exemple) ou dans les relations clairement périphériques (infidélité) ou clairement occasionnelles (vacances, voyages).

Mais la véritable gestion "individuelle" du risque se fait précisément à deux et ce qui est géré c'est davantage la situation, la relation et pas forcément le risque... Si la relation est nouvelle, fragile, s'il faut introduire un changement dans une relation établie et que l'enjeu affectif est fort ou si une situation de rapport de force est présente, tout se complique et ce d'autant plus qu'il faudrait adopter un comportement de protection dès la première relation sexuelle. On comprend alors le désarroi manifesté par nombre d'adolescents : "si je dis à une fille que j'ai envie d'être avec elle, mais que je ne fais ça qu'avec préservatif, elle va se dire : il croit que j'ai le SIDA. Tout ça se mêle tout de suite aux sentiments, vous comprenez ?" "Mon copain n'aime pas, je n'arriverais pas à lui en parler".

Tout ce qui peut alléger ce poids à porter à deux, faciliter l'entrée en matière, l'expression, la négociation dans le couple, est favorable. A cet égard l'environnement est très important et peut jouer ce rôle de support à la mise en place d'un comportement de protection (que ce soit le préservatif, la renonciation à l'acte sexuel, son report à plus tard, etc.)

Les exceptions dans la protection ou la protection non systématique sont peut-être davantage remarquables qu'auparavant (au début des campagnes de prévention) et surtout, regrettées : "on ne fait pas attention et, après coup, on a peur", "on discute après coup pour savoir si un test a été fait : ça retourne le couteau dans la plaie". Certains jeunes adultes interviewés donnent l'impression que l'acceptation des messages de prévention non suivie de mise en pratique conduit à des phénomènes de culpabilisation et de rancœur "avant on faisait l'amour inconsciemment, maintenant on le fait consciemment". Paradis perdu...

Ce sont toujours les mêmes circonstances qui favorisent les exceptions, celles où on est moins maître de soi : la spontanéité de la rencontre (pas prévue), le fait d'avoir bu ou consommé des drogues, d'être pressé, fou amoureux, passionné, en vacances ou déprimé, soumis, craintif.

4.8 Déclencheurs (de protection) et résistances (au préservatif)

Les déclencheurs de début de protection très forts tels que la découverte d'une séropositivité ou du SIDA chez soi ou son partenaire, ou la proximité du SIDA (avoir dans ses proches quelqu'un d'atteint ou se sentir très proche par le comportement de quelqu'un de séropositif ou malade), qui avaient essentiellement été mis en évidence en 1987 dans des groupes confrontés depuis longtemps à la maladie, se retrouvent moins dans les secteurs de la population étudiés cette année, moins touchés jusqu'à présent.

Les jeunes, cependant, parce qu'ils ont besoin de se sentir absolument convaincus de la réalité tangible du SIDA et de la nécessité de s'en protéger, disent souvent qu'ils aimeraient voir des séropositifs et des malades, pour apprendre de leur expérience. Ces demandes ont été faites (parfois naïvement) par des adolescents : "il faudrait pouvoir discuter avec des gens séropositifs parce qu'eux peuvent nous dire comment ils l'ont attrapé... on pourrait voir la chose en face... on ne devrait pas les rejeter, on devrait les écouter, il n'y a qu'eux qui peuvent en parler, un docteur ne peut parler que de la maladie...", "je ne m'étais pas rendu compte avant que je voie des gens séropositifs, mais la plupart sont des gens comme vous et moi : quand on a vu ça , ça vous touche, c'est violent; pour moi, il faudrait une bonne discussion avec tous ces gens qu'on cache, qui se cachent par peur".

L'accumulation des informations, leur convergence, leur confirmation par des proches de confiance ou par les pairs sont aussi des déclencheurs ou des aides au maintien de comportements acquis (réassurance, confirmation) : le fait que d'autres gens autour de soi mettent en pratique la prévention ou en approuvent l'idée, le fait qu'il soit possible d'en parler ouvertement en groupe, prépare le terrain pour le moment où il faut agir... Là aussi, le bruit de fond d'une campagne ou des événements qui jouent le rôle de "rappelle-toi" sans culpabiliser ou faire peur sont utiles.

Comme en 1987, il est apparu dans les études faites en 1988 que beaucoup de résistances au préservatif ne concernaient pas l'objet en tant que tel. Souvent elles ont leur origine "en amont" de son usage.

Les connaissances imprécises (sur ce qui ne comporte pas de danger de contamination), entretenues par les informations contradictoires ou les rumeurs favorisent l'impression que le risque de contamination par voie sexuelle ne serait qu'un risque parmi d'autres (transmission par le baiser par exemple). Ceci peut décourager la protection par le préservatif (croyance en la persistance de risques non maîtrisables).

Les résistances peuvent avoir leur origine dans de doutes ou des suspicions :

- croire que le préservatif n'est pas sûr ou n'est pas ce qu'il y a de plus sûr;
- croire que les scientifiques n'ont pas dit tout ce qu'ils savent sur le SIDA, cachent des faits;
- croire que les autorités de toutes sortes comptent sur la crainte du SIDA pour "contrôler" les comportements des gens.

L'espoir que la science apportera dans un proche avenir des solutions miracles qui régleront définitivement le problème du SIDA, avant que le virus n'ait eu le temps de se répandre dans les diverses couches de la population, peut aussi susciter l'idée qu'il n'est pas nécessaire de se plier aux recommandations de prévention.

Enfin, répétons-le, la principale cause de résistance au préservatif réside dans les difficultés d'ordre relationnel qui précèdent son usage et inspirent les mille excuses invoquées à son encontre. Une fois l'expérimentation admise et faite, les quelques millimètres de latex se laissent assez bien apprivoiser : "on a décidé ensemble, avec mon copain, ça va bien".

5. PROCESSUS EDUCATIFS

Ce chapitre se limite à la description et à l'analyse des activités préventives développées de la fin 1987 à la fin 1988³⁶.

5.1. Diffusion des messages de prévention de la campagne nationale

Pour développer et mettre en oeuvre les actions préventives, l'OFSP a, depuis 1985, mis en place et/ou soutenu financièrement plusieurs groupes et associations.

Il est actuellement possible de distinguer au niveau national quatre structures qui ont chacune une tâche particulière :

- l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) lui-même assure la direction, l'orientation, la coordination et le financement de la lutte contre le SIDA, particulièrement de la prévention;
- l'Aide suisse contre le SIDA (ASS), association à but non lucratif fondée en juin 1985, soutenue financièrement par la Confédération, lutte contre le SIDA par la prévention et l'information, aide les personnes concernées par du counselling et mène des interventions dans la sphère politique et sociale;
- le centre de documentation pour l'information sur le SIDA, "AIDS Info Docu Schweiz", fondation créée en 1988 à l'initiative de l'OFSP, a pour tâche de gérer un service central de documentation et d'information sur le SIDA, de rassembler, de produire et de mettre à disposition du matériel pédagogique,

³⁶ Pour l'analyse et la description de ce qui précède se référer à:
Hausser D, Lehmann Ph, Gutzwiller F, Burnand B, Rickenbach M. - Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 7) et
Hausser D, Lehmann Ph, Dubois-Arber F, Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. (Rapport de synthèse) Décembre 1987.- Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 96 p. - (Cah Rech Doc IUMSP, no 23).

- le "Kreativ-Team", groupe de travail comprenant des membres de l'OFSP, de l'ASS, des experts scientifiques et des publicitaires, est chargé de développer la campagne multi-média "STOP-SIDA".

5.1.1. Campagne STOP-SIDA

Depuis le début de 1987, l'Aide suisse contre le SIDA et l'Office fédéral de la santé publique ont mis en place une campagne nationale multi-média de prévention sous le logo STOP-SIDA³⁷. Elle est conçue et développée en plusieurs phases successives (voir figure 5).

Figure 5 : Les phases de la campagne STOP-SIDA

Phases	1 - février 1987	2 - juin 1987	3 - décembre 1987	4 - décembre 1988
Messages principaux	Les préservatifs protègent	Les préservatifs protègent La fidélité protège	Les préservatifs protègent La fidélité protège	Les préservatifs protègent La fidélité protège
		Pas d'échanges de seringues	Pas d'échanges de seringues	Pas d'échanges de seringues
Thèmes			Ce qui ne contamine pas Prises de position claires sur les aspects médicaux et sociaux	Ce qui ne contamine pas Prises de position claires sur les aspects médicaux et sociaux Solidarité - avec les malades du SIDA - avec les séropositifs - avec les enfants de mères infectées

Des affiches

La campagne STOP-SIDA a continué durant toute l'année 1988 à faire placarder des **affiches** dans toute la Suisse. On retrouve régulièrement le "STOP-SIDA", ainsi que "Protégez vous du SIDA, utilisez des préservatifs" et "Risque de SIDA dès le premier shoot".

Une affiche "Fidèle à votre partenaire / Fidèle au préservatif" a tenté de renouveler le message sur la diversité des modes de protection, évoquant la fidélité sans faire allusion au mariage. Cependant on a vu encore à plusieurs reprises l'affiche "Reste fidèle" avec l'alliance, dont le message est controversé par beaucoup de gens et équivoque pour les adolescents et les personnes non-mariées, alors que la nouvelle affiche conçue pour la remplacer était peu diffusée. Le discours sur la fidélité et la qualité de la relation affective n'a pas encore trouvé le ton pour être véritablement convaincant.

³⁷ Source : Données fournies par la cR Werbeagentur, l'OFSP et les procès verbaux du Kreativ Team.

On trouve en moyenne une centaine d'affiches par semaine dans toute la Suisse. Certains lieux de très grand passage, comme les aéroports de Kloten et de Cointrin, quelques stations de téléphériques, des carrefours des principales villes ont des affiches en permanence.

Au début de l'été trois nouvelles séries d'affiches sont placardées :

1. un mot comme "weiter so", "certo", "aber subito", "bravo", "rendez-vous", "tonight", "ok", "olé", "pourquoi pas ?", "jawohl", "oui", "sans souci", "senz'altro", "momoll", "portons-le !", "d'accordo", "logo", "bonne nuit" dont le o est toujours un préservatif,
2. "un clair de préservatif-lune sur Genève, Lausanne, Berne, Zurich, Bâle, Lucerne et Lugano" et
3. "un coucher de préservatif-soleil sur la mer avec la silhouette d'un couple enlacé sous un palmier".

Ces affiches sont destinées à rendre plus familier et souriant le message d'utilisation des préservatifs et à rappeler que l'on peut avoir besoin d'un préservatif dans des circonstances très variées, même en vacances. Près de 500 d'entre elles sont visibles pendant tout le mois de juillet.

La très grande majorité de la population a été exposée de manière répétée à ces affiches. En effet dans toutes les études menées auprès de la population en 1988, il est fait mention des affiches comme source de sensibilisation et de rappel de la prévention du SIDA.

Les séries de l'été ont été appréciées pour leur association positive aux comportements de protection, leur humour et leur côté "sympathique et chouette".

Publicité dans la presse écrite

En 1988 la diffusion d'encarts publicitaires dans la presse écrite est limitée à des messages informatifs. Elle a consisté en :

- Une série de 11 annonces informatives³⁸ publiées dans les 14 magazines et journaux professionnels³⁹ expliquant les considérations épidémiologiques, politiques, éthiques et sociales à la base de la lutte contre le SIDA. Ces textes ont été rédigés par des personnalités de l'OFSP, l'ASS, l'OMS et de la recherche en santé publique. On compte entre 3 et 8 annonces par journal pendant les six premiers mois de l'année.
- Des encarts avec les mots "tonight", "ok", "logo", "olé", "oui", "sans souci" insérés d'une part dans 14 grands quotidiens à 8 reprises entre octobre et décembre, d'autre part dans tous les numéros d'une douzaine de journaux de la presse érotique et homosexuelle des mois d'octobre, novembre et décembre.

³⁸ Une campagne de prévention de l'ASS en collaboration avec l'OFSP. Documentation 1 STOP-SIDA/OFSP/ASS. Janvier/avril 1988.

³⁹ Weltwoche, Bilanz, Finanz und Wirtschaft, Politik und Wirtschaft, Medical Tribune, Schweizerische Aerztezeitung, Gymnasium Helveticum, SLV-Bulletin, Schweizerische Lehrerzeitung, L'Hebdo, AGEFI Magazine, L'Impact, Revue médicale de la Suisse romande, Educateur.

- Des pages publicitaires dans les programmes de festivals de musique, cinéma, etc... qui visent plus particulièrement un public jeune.
- Les bons voeux de l'ASS pour 1989 (le huit est formé de deux préservatifs) publiés dans la plupart des grands quotidiens helvétiques.
- La nouvelle phase de la campagne STOP-SIDA : "campagne de solidarité" débute en décembre 1988 sous forme d'un encart de 8 pages ou de deux encarts de quatre pages dans 13 hebdomadaires⁴⁰.

Peu de personnes interrogées mentionnent spontanément ces publicités. La phase "solidarité" est encore trop récente pour qu'elle puisse être rapportée.

Au cinéma

Au cinéma, les spots "STOP-SIDA avec les lettres" et "le mime David et les gestes sans risque" sont présents tout au long de l'année en moyenne dans 50 salles chaque semaine, dans les 3 régions linguistiques, en ville et en campagne. Plus de la moitié des personnes interviewées dans différentes études signalent avoir vu une ou plusieurs fois ces spots au cinéma.

A la télévision

Des spots TV sont diffusés plus ou moins régulièrement sur les trois chaînes de la SSR. Entre le 1^{er} novembre 1987 et le 15 septembre 1988, ils sont apparus 85 fois en Suisse alémanique aux environs de 20 heures, 61 fois en Suisse romande vers 17 heures ou vers 23 heures et 53 fois en Suisse italienne vers 23 heures.

Ils comprennent deux nouvelles séries de séquences : des médecins suisses connus qui parlent de ce qui n'est pas dangereux, le mime David qui joue des scènes sans danger pour la transmission du VIH, ainsi que les spots déjà présentés en 1987 : le préservatif, l'alliance et le sprayeur. Le spot "David" est de plus diffusé sur Super Channel, chaîne privée anglaise distribuée par certains réseaux câblés en Suisse, à 100 reprises entre mai et août 1988.

Les spots sont également mentionnés lors des interviews comme source d'information.

Pendant la période citée, le nombre de téléspectateurs présents aux heures de diffusion des spots, estimé par le système "Télécontrôle"⁴¹ de la SSR, varie entre 45'000 et 1'141'000 pour la Suisse alémanique (en moyenne 11 % des habitants), 0 et 236'000 (en moyenne 2.4 % des habitants) pour la Suisse romande et 0 et 32'000 (en moyenne 3.2 % des habitants) au Tessin.

Les habitants ont théoriquement vu chacun les spots de prévention du SIDA 9.6 fois en moyenne en Suisse alémanique, 1.5 fois en moyenne en Suisse romande et 1.7 fois en moyenne en Suisse italienne. Cette estimation est calculée à partir du nombre de personnes présentes devant les programmes aux heures de diffusion des spots.

⁴⁰ Schweizerische Illustrierte, Schweizerische Woche, Tele, Schweizerische Familie, Sonntags-Zeitung, Illustré, L'Hebdo, Radio TV 8, Femina, Corriere del Ticino, Giornale del Popolo, Il Dovero, Eco di Locarno.

⁴¹ Données transmises par Th. Steinmann, délégué du service de recherche de la SSR.

Tableau 10 : Diffusion des spots télévisés

	S. all.	S. rom.	S. ital.
N diffusions	85	61	53
N téléspectateurs (moyenne)	511'000	32'800	8'750
% taux d'écoute (moyenne)	11 %	2 %	3 %
N de visions par habitant	9.6	1.5	1.7
Pics de diffusion	20 h	17 h et 23 h	23 h

(pour la période du 1 novembre 1987 au 15 septembre 1988)

La différence de taux d'écoute entre la Suisse alémanique et les deux autres régions linguistiques s'explique aisément par l'heure de diffusion des spots. En effet, les rares fois où les spots ont été diffusés aux alentours de 20 heures en Romandie et au Tessin, l'audience moyenne était d'environ 10 %, comme pour la Suisse alémanique.

Il faut encore relever que les spots n'ont pas été diffusés sur la chaîne romande entre fin mars et début juin 1988.

Le bus STOP-SIDA

La mise en service du bus de la campagne STOP-SIDA⁴² en mai 1988 permet des actions de prévention à l'occasion de manifestations attirant un grand public (festivals, concerts, foires, actions des antennes régionales de l'ASS, invasions de préservatifs à Zurich, Berne et Genève...). Ce bus doit permettre de se rapprocher de la population et améliorer la communication interpersonnelle.

Entre le 1^{er} mai et le 4 décembre (218 jours) ce bus est sorti 112 jours et a couvert 46 manifestations (36 en Suisse alémanique, 9 en Suisse romande et 1 au Tessin)⁴³ avec une équipe de une à cinq personnes. 70'000 préservatifs, plus de 1000 aiguilles et seringues, près de 80'000 brochures, environ 70'000 autocollants ont été distribués aux quelques 200'000 personnes - en grande partie entre 15 et 35 ans - qui ont approché le bus. Environ un quart d'entre elles sont reparties avec

⁴² Source : Rapport d'activité de C. Roggli, responsable du bus.

⁴³ Liste des principales manifestations : 10 jours contre le SIDA (Genève), Luzerner Gewerbeausstellung (Luzern), Theater (Liestal), Zollschnle (Liestal), 24 heures à trotinettes et festival de la BD (Sierre), Discofestival (Chur), Open-Air (Zursach, Olten, Frauenfeld, Frick, Arbon, Seewen), festival de jazz (Montreux), Paléo festival (Nyon), Aufnahmen für 3SAT (Basel), festival du film (Locarno), concert Michael Jackson (Lausanne), Musikfestwochen (Winterthur), festival Hot Point (Lausanne), Theaterspektakel (Zürich), LIGHA (Schaan), HESO-Disco (Solothurn), EBEL Swiss Indoors (Basel), foire du Valais (Martigny), OLMA (St Gallen), Herbstmesse (Basel), 1er décembre (Genève), actions de rue (Liestal, Sissach, Gelterkinden, Waldenburg, Bern, Zofingen, Schaffhausen), invasion préservatifs (Zürich, Bern, Genève).

du matériel. Les plus âgés étaient plus réticents à s'approcher, mais c'est surtout eux qui engageaient la conversation; les jeunes étant principalement attirés par les autocollants et les préservatifs. Une plus grande ouverture et plus de discussions ont été observées en Suisse romande que pour des actions comparables en Suisse alémanique; une partie de ce phénomène est peut-être explicable par le plus grand nombre de personnes animant le stand.

Les principaux thèmes de discussion touchent à la sûreté des préservatifs, au test de dépistage des anticorps du VIH, à l'état actuel de la recherche, aux statistiques. Par contre des problèmes personnels ne sont que peu abordés lors des discussions ou de manière indirecte seulement. Au vu des résultats encourageants de cette action (toutes les demandes des antennes régionales de l'ASS n'ont pu être satisfaites en 1988), un deuxième bus entrera en fonction dès le début de 1989.

Les "invasions" de préservatifs

Durant deux heures, en automne 1988, une quarantaine de personnes en combinaison de travail blanche portant le logo "STOP-SIDA" ont déambulé dans les rues de Zurich, Berne et Genève. Ils ont distribué à chaque fois 10'000 préservatifs, un mode d'emploi sur l'usage des préservatifs et des ballons portant le logo "STOP-SIDA". Ces actions ont été largement répercutées par la presse régionale.

5.1.2. Les actions nationales de l'ASS

Parallèlement l'ASS a poursuivi son action spécifique, notamment⁴⁴ :

- la distribution aux milieux politiques et à la presse d'un dossier sur les principes sociaux et politiques de la lutte contre le SIDA⁴⁵,
- la réalisation de la brochure "le labyrinthe SIDA"⁴⁶ sur les problèmes en matière d'assurance et d'emploi posés par la séropositivité ou le SIDA,
- l'organisation de 4 journées "Femmes et SIDA" réunissant chaque fois plusieurs centaines de personnes, surtout des travailleurs sociaux,
- l'édition de deux modes d'emploi des préservatifs: "Véronique et Vladimir"⁴⁷, bande dessinée qui explique comment parler de l'usage des préservatifs, mais pas comment s'en servir; et :
- "Toi et moi : nous nous..."⁴⁸, petite brochure expliquant comment se servir des préservatifs dont le but est d'accompagner la distribution des préservatifs.
- la poursuite de la campagne de marketing des préservatifs Hot Rubber,

⁴⁴ Source : Politiques et stratégies cantonales de prévention et de lutte contre le SIDA. Etude no 10.

⁴⁵ Rosenbrock R. AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik an Beispiel einer Infektionskrankheit. Hamburg, VSA Verlag, 1986.

⁴⁶ Charbonney R. Le labyrinthe SIDA. ASS, 1988.

⁴⁷ Véronique et Vladimir : Préservatif. Mode d'emploi. ASS, 1988.

⁴⁸ Toi et moi : nous nous... (Du bon usage pratique du préservatif). ASS, 1988.

- la production d'un rapport sur la prévention dans le milieu homosexuel⁴⁹.

En outre, l'ASS a agi tout au cours de l'année par les activités d'information et de soutien de ses 19 groupes régionaux (permanences téléphoniques, conférences, accompagnement...) et particulièrement de manière coordonnée le 1^{er} décembre, Journée mondiale SIDA (voir 5.2.3).

5.1.3. Les actions préventives de l'OFSP

En parallèle des actions de masse, l'OFSP a produit en février 1988 une nouvelle version du matériel pédagogique "Vivre et aimer sans crainte" qui comprend une brochure, une série de diapositives et une cassette-son, à l'intention des conférenciers et éducateurs. Ce matériel est largement utilisé par certains établissements scolaires et par les médecins des écoles de recrues.

"Notre approche du SIDA - reflet de l'évolution d'une civilisation"⁵⁰ est une réflexion sur l'épidémie du SIDA, son évolution, les moyens de lutte à disposition, les perspectives d'avenir, les réactions de la société. Cette réflexion sert de toile de fond à la stratégie de lutte développée en Suisse.

Le "PS Magazine Hommes", journal d'information sur le SIDA produit par l'OFSP, a été largement diffusé en juin 1988, encarté dans les grands magazines suisses. Le "PS Magazine Jeunes", après une large diffusion en automne 1987 encarté dans les journaux pour jeunes, a encore été largement distribué par les canaux scolaires durant l'année 1988.

La prévention du SIDA était présente sous la forme d'une exposition et d'un jeu-questionnaire sur micro-ordinateur, avec en permanence deux animateurs pour répondre aux questions du public, dans les grandes foires commerciales suisses : la MUBA (Bâle), la BEA (Berne) et le Comptoir Suisse (Lausanne). Plusieurs milliers de personnes se sont arrêtées et ont participé au jeu proposé⁵¹.

Par ailleurs, l'OFSP alimente la "grande presse" par l'intermédiaire de son bulletin⁵². Cela ne concerne cependant que les données épidémiologiques et les mesures d'hygiène; il n'y a quasiment aucune information touchant à la prévention. En revanche, dans la presse médicale, l'OFSP explique et défend régulièrement ses options de prévention.

5.1.4. Efforts multiples et réception des messages

Cette liste des actions de la campagne suisse de lutte contre le SIDA n'est certainement pas exhaustive. Elle montre à l'évidence l'ampleur et la diversité des efforts développés dans toute la Suisse.

Les personnes interrogées dans les différentes enquêtes qualitatives, qu'il s'agisse de professionnels concernés ou de simples spectateurs, en évoquant spontanément la campagne STOP-SIDA, se souviennent surtout des affiches et

⁴⁹ Homosexualité et SIDA. La recherche d'une solution. Rapport sur la situation en Suisse. ASS, 1988.

⁵⁰ Kocher K-W, Staub R. Notre approche du SIDA. Reflet de l'évolution d'une civilisation. Documentation 2 STOP-SIDA/OFSP/ASS. Juin/octobre 1988.

⁵¹ Tschopp A, Hornung R, Gutzwiller F, Hausser D. Besucherbefragung über AIDS an der MUBA und an der BEA 1988. Schweiz Aerztezeit, 1988; 69 : 1909-1912.

⁵² Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique, parution hebdomadaire.

parmi celles-ci surtout de "STOP-SIDA" et de "RESTE FIDELE", un peu moins de la seringue. La série "coucher de soleil" et "clair de lune" est aussi souvent mentionnée. Dans l'ensemble le public apprécie ces affiches. Les spots au cinéma et à la TV sont également mentionnés. Un grand nombre de personnes en a vu, mais pas très souvent. La brochure tous ménages de 1986 est aussi restée présente dans les mémoires. Les messages concernant "ce qui n'est pas dangereux" (encarts publicitaires, spots "David" et "docteurs") ne sont que rarement mentionnés.

Il apparaît de fait que le visuel marque les mémoires, mais que l'écrit passe inaperçu. Ces réactions signifient peut-être que la population est persuadée d'avoir acquis les connaissances de base. Les gens ne s'intéressent qu'à ce qui se rapporte à eux-mêmes ou à leurs proches, donc la sexualité, le changement de partenaires et la fidélité.

5.2. Actions multiplicatrices au niveau des cantons

L'OFSP suscite des actions multiplicatrices au niveau des cantons, qui ont l'essentiel des compétences dans les domaines de la santé publique et de l'instruction publique, et aussi directement auprès de groupes professionnels (personnel soignant, travailleurs sociaux...) ou d'institutions. Les actions de tous ces multiplicateurs de la lutte contre le SIDA sont généralement destinées à des publics restreints et/ou spécifiques.

Dans l'ensemble de la Suisse, l'essentiel des actions éducatives concernant le SIDA décidées par les autorités cantonales s'adressent à la jeunesse. Il s'agit surtout de programmes scolaires d'information sur le SIDA, avec ou sans réalisation par les cantons de matériel pédagogique spécifique pour les jeunes et pour les enseignants.

D'autres actions de prévention menées par les cantons visent à éviter la transmission du VIH dans le milieu de la drogue. On n'examinera ici que les interventions proches de la scène de la rue menées à Bâle, Berne et Zurich.

Enfin, les antennes régionales de l'ASS ont aussi, dans les cantons, une activité étendue qui comprend des aspects de prévention.

Plus généralement, la confrontation à l'épidémie du SIDA a suscité une prise en charge politique du problème, dont les effets sur la prévention seront examinés au chapitre suivant (6.3.2), au même titre que les retombées de certains aspects de politique fédérale.

5.2.1. Dans les écoles

Les 26 cantons suisses ont mis en place de tels programmes en 1987 et au premier semestre de 1988. Théoriquement, quasiment tous les élèves de 7ème, 8ème ou 9ème année d'école devraient avoir reçu une information et une documentation sur le SIDA et la prévention⁵³.

Deux types de stratégies ont été retenues. Dans plusieurs cantons romands, s'appuyant sur une longue tradition d'éducation sexuelle à l'école, la lutte contre le SIDA et la préparation à y faire face a pris place dans le cadre des

⁵³ Source : Programmes scolaires (étude no 11). Politiques et stratégies cantonales de prévention et de lutte contre le SIDA (étude no 10).

interventions déjà existantes, confiées à des personnes spécialement formées, indépendantes du corps enseignant, voire de l'administration scolaire. En Suisse alémanique, les maîtres sont chargés d'enseigner à leurs élèves les informations essentielles relatives au SIDA (adaptées à l'âge des élèves), après avoir eux-mêmes reçu les bases de connaissances nécessaires. Cela a exigé des autorités scolaires la définition de contenus informationnels et éducatifs concernant le SIDA, mais aussi concernant la sexualité. Dans les deux cas des séances s'adressant aux parents ont été organisées.

Ces programmes s'adressent aux enfants et adolescents, généralement dès l'âge de 13 ans dans 8 cantons, 14 ans dans 16 cantons, 15 ans dans 2 cantons. 18 cantons distribuent de l'information aux élèves de l'enseignement post-obligatoire (écoles professionnelles, université).

Les matériels pédagogiques

Le tableau 11 présente les brochures utilisées pour les élèves des différents cantons suisses. Dans leur ensemble les matériels distribués aux élèves se ressemblent fortement; les contenus couvrent tous les points essentiels de la maladie et de la prévention (information sur le développement et l'évolution du SIDA, données et faits épidémiologiques, comportements à risque et contamination, comportements sans risque et protection, attitudes envers les personnes séropositives et malades). Le lecteur est appelé à adopter des comportements de protection et des conduites responsables. Tous les documents fournissent une liste d'adresses des services médicaux et des lieux d'information, sans cependant décrire les prestations que peuvent fournir ces différents services. On propose également dans ces documents le recours à des personnes-ressources de confiance comme les parents, les enseignants, les médecins ou les ecclésiastiques.

En plus des 7 brochures, de nombreux dépliants ont été produits dans le but d'attirer l'attention sur le problème de SIDA, en résumant les principaux aspects de la prévention. Ce matériel n'est pas produit pour s'adresser aux seuls élèves, mais vise à informer tous les jeunes.

Tableau 11 : Liste des brochures distribuées aux élèves

-
1. SIDA - Vivre et aimer sans crainte (français/allemand/italien/anglais), OFSP/ASS, 1988, 20 p. (utilisée à AI, GL, GR, SH, SO, SZ)
 2. PS Magazine Jeunes (français/allemand/italien), OFSP, 1987, 16p. (utilisée à BS, GE, SH, SO, VD)
 3. AIDS - Ich doch nicht, Schweiz. Jugendschriftenwerk, Zürich, 1988, 50 p. (utilisée à AI)
 4. SIDA - Ne t'infecte pas. Brochure pour les 14-15 ans. (français/allemand), Département de l'instruction publique de Berne, 1987, 16 p. (utilisée à AG, BE, LU, SO, ZH)
 5. SIDA - Ne t'infecte pas. Brochure pour les 16-18 ans. (français/allemand), Département de l'instruction publique de Berne, 1987, 20 p. (utilisée à AG, BE, LU, ZH)
 6. Schülerfragen zu AIDS und mögliche Hilfen zu ihrer Beantwortung, Pestalozzianum und Erziehungsdirektion Zürich, 1987, 8 p. (utilisée à ZH, GL)
 7. AIDS. Informazioni sulla sindrome da immunodeficienza acquisita. Testo destinato agli allievi della scuola media e delle scuole postobbligatorie, Dip. delle opere sociali e della pubblica educazione, Ticino, 1988, 15 p. (utilisée au TI)
-

L'analyse des différents documents destinés aux élèves montre la répartition des différents thèmes abordés. Le contenu de ces divers documents est très homogène. La prévention (safer sex, comportements à risques, comportements de protection, liste de documentation et d'adresses) représente pratiquement la moitié. Un tiers se rapporte aux aspects biologiques et médicaux du VIH. Moins d'un quart traite des aspects relationnels, sociaux et éthiques. Dans les brochures et les notices d'information, l'information suit chaque fois le schéma suivant de transmission des connaissances :

1. Pourquoi s'informer ?
2. Qu'est-ce que le SIDA ?
3. Comment se transmet-il ?
4. Comment s'en protège-t-on ?
5. Où et à qui s'adresser pour obtenir plus d'information ?

Il est cependant regrettable, alors qu'on s'adresse à un public de jeunes qui entrent dans une sexualité active, que trop souvent les aspects positifs de la sexualité ne soient pas évoqués; que la notion de "safer sex" ne soit que partiellement abordée; et qu'on ne parle pas souvent des conduites sexuelles sans risques comme la tendresse, le flirt, le petting, les caresses.

La présentation didactique des documents se caractérise par un bon attrait visuel, une bonne lisibilité du texte et de l'image. Les illustrations représentent des situations proches de la vie des adolescents, montrant plutôt une jeunesse saine et en milieu urbain.

Tous les messages destinés aux élèves se présentent d'une manière fortement structurée, se découpent en noyaux thématiques successifs. Le langage utilisé est direct, narratif, relativement neutre et n'est pas connoté moralement.

Du matériel a également été produit ou mis à la disposition pour les enseignants. On peut décrire trois types de documents. Le premier type est un dossier de matériel didactique, conçu pour aider les enseignants à préparer leur leçons (voir tableau 12). Le deuxième vise à informer sur le SIDA, comme on le fait pour les élèves et le troisième type est constitué de dossiers rassemblant divers documents (articles de presse, extraits ou reproductions complètes d'articles scientifiques...) réunis par thèmes - médical, préventif et social.

Tableau 12 : Liste des dossiers didactiques pour les enseignants

-
1. SIDA - Eléments d'informations 2/88 : 80 dias, cahier de commentaires, bande son pour les dias. OFSP, 1988 (allemand/français/italien/anglais).
 2. SIDA - Information für die Schule : Systematische Ideensammlung für den Einbezug von AIDS in verschiedene Fächer / Bildkommentar / Merkblatt für Lehrer mit türkischen Schülern / Evaluationbogen / Schülerfragen zu AIDS / Die Immunschwächekrankheit. Pestalozzianum und Erziehungsdirektion Zürich, 1987 (allemand).
 3. Arbeitsmaterial für die Schule. Sabe, 1988 (allemand).
-

La mise en oeuvre des programmes de prévention dans les écoles

L'étude d'évaluation des programmes scolaires (dans les cantons de ZH, BE et BS) est en cours et il n'est pas encore possible de rendre compte de la façon dont la mise en oeuvre des programmes s'est effectuée, ni de comment les enseignants, les autres intervenants, les directions d'établissement, les élèves et les parents ont apprécié l'introduction de programmes de prévention contre le SIDA.

Cependant si dans tous les cantons un programme existe, tous les établissements ne l'ont pas encore adopté. Dans l'ensemble les parents sont plutôt favorables à une prévention dans les écoles, mais quelques lettres de lecteurs, une pétition à Zurich, un long débat suite à une motion parlementaire au Grand Conseil saint-gallois et un article de presse d'un Conseiller d'Etat vaudois montrent qu'il n'y a pas tout à fait unanimité sur l'intégration de l'information SIDA dans les écoles ou sur la forme qu'elle prend.

Des observations effectuées à Bâle-Ville mettent en évidence "que le travail d'explication (Aufklärungsarbeit) fondé sur le seul niveau cognitif, ne permet pas de faire face au SIDA de façon adéquate. L'éducation relative au SIDA et à la sexualité doit d'urgence aussi se faire sur les niveaux social, affectif et liés au comportement. De nouveaux concepts pédagogiques et un profond engagement personnel sont les conditions pour y arriver".⁵⁴

⁵⁴ Rordorf R. Bemerkung zur AIDS-Aufklärung 1987 in den Basler Schulen. Thèse de doctorat. Bâle, 1988.

Des conclusions similaires peuvent être tirées de l'expérience des animatrices en éducation sexuelle du canton de Vaud⁵⁵. Les intervenants se rendent compte qu'ils ne peuvent pas se limiter à informer et à transmettre des recommandations en répétant des slogans. Il s'agit de dépasser l'information, d'être à l'écoute des problèmes et des questions que posent l'affectivité et la sexualité des adolescents, notamment dans la mesure où bon nombre d'entre eux n'ont pas encore d'expérience sexuelle. Si les jeunes répondent en principe positivement aux injonctions préventives, il ne leur est pas facile de passer de la théorie aux actes, et les animatrices peuvent les aider à maîtriser les dimensions émotionnelles et relationnelles que suscitent la rencontre sexuelle et le risque du SIDA. Les rassurer que le baiser est sans risque, ce n'est pas seulement donner une information, mais également tenir compte des pratiques effectives des jeunes en âge de scolarité et ainsi répondre à une demande de reconnaissance de ces pratiques.

5.2.2. Les programmes pilotes pour les toxicomanes de la rue

Le problème de la transmission du VIH par échange de matériel d'injection non stérile est majeur. En Suisse il est de fait associé aux consommateurs par voie intraveineuse d'héroïne, de cocaïne, de méthadone, d'amphétamines, etc⁵⁶.

Il existe de fait plusieurs types de consommateurs de drogues par voie intraveineuse, qui se répartissent en gros entre :

- ceux qui sont en contact avec les services médicaux ou sociaux pour obtenir une assistance; ils suivent plus ou moins activement des programmes de désintoxication et peuvent être atteints par les messages de prévention, voire bénéficier de la distribution de préservatifs,
- ceux qui ne sont pas en contact avec ces services et vivent intégrés dans la société; ils sont par conséquent non repérables et sont rarement mentionnés dans les discussions sur la drogue (ils ne gênent pas...); on peut supposer qu'ils seront atteints par les campagnes de prévention du SIDA par les mêmes canaux que la "population générale",
- ceux qui vivent en marge et qui ne cherchent pas l'aide des services sociaux; ce dernier groupe (les toxicomanes marginaux) se retrouve dans les centres urbains, sur la "scène", et vit souvent de façon très précaire et misérable; il est très difficilement atteignable et se méfie de tout ce qui est institutionnel et qui signifie : contrôle, fichage, punition, répression.

Tous sont concernés à des titres divers par le phénomène du SIDA, mais le dernier groupe pose plus de problèmes et est probablement le plus infecté par le VIH.

Que ce soit à l'échelon national ou cantonal, chacun s'accorde à dire qu'il est urgent de commencer à agir dans ce domaine, qu'il faut s'efforcer de réduire, voire supprimer la transmission de ce virus. Voilà pour le consensus. Dès que la discussion s'engage plus avant, les divergences prennent le dessus. Faut-il lutter contre la drogue pour lutter contre le SIDA ? Faut-il au contraire tolérer la consommation de drogues et faciliter le non-partage d'aiguilles, de seringues et de cuillères ? Faut-il mettre en oeuvre les deux stratégies ? Il s'agit souvent de

⁵⁵ Chatterji C, Weber-Jobé M. L'expérience de deux animatrices en éducation sexuelle. In Faire face au SIDA. Sous la direction de J. Martin, Lausanne, Editions Favre, 1988.

⁵⁶ Source : Programmes d'intervention pilotes pour les toxicomanes. Etude no 12.

discussions si passionnées qu'il devient quasiment impossible de développer des projets d'intervention (même pilotes) qui pourraient fournir des éléments objectifs et permettre de faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre.

Il est évidemment difficile pour les "drop in" de mener en même temps un combat contre la consommation de drogue par la prévention ou la désintoxication et simultanément de distribuer des seringues pour réduire le partage de matériel d'injection souillé et infecté.

Il est bien entendu que les consommateurs de drogue ont aussi des relations sexuelles; la transmission du VIH peut donc se faire aussi par voie sexuelle. En conséquence le message préventif à ce public-cible devrait toujours associer "non échange de matériel d'injection" avec "usage de préservatifs en cas de relations sexuelles".

Quelques programmes d'intervention visant spécifiquement les toxicomanes de la rue ont été développés. Trois d'entre eux (à Bâle, Berne et Zurich) sont actuellement en cours d'évaluation⁵⁷. Des données sont disponibles sur l'histoire des projets, l'évolution du concept en fonction des pressions sociales et politiques, mais on a encore très peu d'informations sur leur fonctionnement. Soit le projet est trop récent; soit il a été perturbé par des circonstances extérieures; soit encore les acteurs de terrain sont réticents car ils se demandent quelles seront les conséquences d'une évaluation sur l'avenir du programme et sur ses utilisateurs, question qui fait partie de l'évaluation elle-même.

L'exemple bernois

La Fondation Contact, qui est financée par le canton de Berne et les 25 communes de l'agglomération bernoise, s'occupe globalement de la prise en charge des problèmes de drogue : prévention primaire par l'éducation scolaire notamment, prévention secondaire (plusieurs drop-in et permanences de conseil, travail de rue), prise en charge sociale et désintoxication. Depuis juin 1986 elle a ouvert un lieu de contact et d'accueil pour les toxicomanes, qui est devenu l'un des points de rencontre sur la scène de la drogue. Depuis deux ans il y est officiellement toléré que les toxicomanes puissent y procéder à des injections dans des conditions de calme et d'hygiène. Se fondant sur un avis de droit du Ministère public, la consommation de stupéfiants dans ce cadre n'est pas poursuivie. Le trafic y est en revanche strictement prohibé. Le lieu d'accueil est ouvert 4 fins de journées par semaine et 3 éducateurs y sont présents en permanence.

L'idée directrice de cette action, intégrée dans un programme d'ensemble, est d'offrir à certains toxicomanes qui ne veulent ou ne peuvent pas présentement quitter la drogue une possibilité d'entrer en contact sans formalités et sans engagement avec des éducateurs et de mettre en pratique des habitudes d'hygiène (principalement par l'usage de seringues stériles, librement accessibles).

La prévention du SIDA n'est qu'un des facteurs décisifs pour ce projet. Il répond aussi aux besoins d'assistance et d'accueil de personnes vivant dans la misère et la solitude, souvent sans contact avec d'autres services sociaux que la police et la justice. La perspective de l'abstinence n'y est pas étrangère, mais pas sous la contrainte de la répression ou de l'exclusion sociale; il s'agit de faciliter, par des relations de confiance avec les éducateurs, l'expression d'une motivation des drogués à modifier leur état.

⁵⁷ Flückiger M, Spreyermann C. Rapport intermédiaire d'évaluation de l'action Sprützerhüsli à Bâle (non publié).

Le lieu d'accueil bernois est fréquenté chaque soir d'ouverture par 50 à 80 personnes. Le local est trop petit et ouvert trop peu longtemps (4 fois 3 heures par semaine), ce qui y rend l'atmosphère souvent stressante. Des problèmes de voisinage ont en outre provoqué des périodes de fermeture. Enfin, même si la police n'y entre jamais, elle patrouille régulièrement dans les environs immédiats et procède à des contrôles d'identité fréquents. Cela aide à assurer un climat de calme dans le quartier. Cependant il y a aussi parfois des razzias, avec bouclage de toute la rue, qui déstabilisent les relations de confiance lentement établies. La Fondation Contact et la ville de Berne projettent l'ouverture d'un second lieu d'accueil analogue.

L'exemple bâlois

Le Sprützehüsli est une expérience menée en 1988 par l'AIDS Hilfe beider Basel (AHbB) et le Schwarzer Peter, une association de travailleurs sociaux de rue. Depuis le début juin 1988 un local au premier étage d'un immeuble quasi délabré à 5 minutes du centre de la "scène" sert de lieu de diffusion d'information, d'échange de seringues et de distribution de préservatifs. Ouvert toutes les fins de journées, il accueille quelques toxicomanes par jours.

Mais pourquoi le "Sprützehüsli" et pourquoi sous cette forme ? L'intervention actuelle ne correspond en effet ni aux projets qui ont été développés ni aux besoins.

La première action préventive menée à Bâle pour ce groupe de toxicomanes de la rue date de l'été 1987. Pendant 3 mois, des volontaires des mêmes organisations se trouvaient dans la rue et fournissaient des seringues neuves aux toxicomanes, en principe contre des seringues usagées. 4500 seringues furent ainsi distribuées. Alors que l'intervention était déjà suspendue par ses initiateurs, une pétition contre cette action couverte de 3000 signatures et une interpellation amenèrent le débat au Grand Conseil, essentiellement sur la criminalité dans le Kleinbasel et l'influence néfaste que pouvait avoir l'action de l'AHbB et du Schwarzer Peter.

En septembre 1987, la commission cantonale "alcool et drogues" a été chargée de développer un concept de lieu d'accueil (Gassenzimmer). Un groupe de travail réunissant l'AHbB, le Drop-In, le "Schwarzer Peter", le Jugendamt Basel-Stadt, la Koordination- und Beratungstelle für Alkohol- und Drogenfragen se mit au travail et proposa en février 1988 un projet à la commission "alcool et drogues", qui soutint du bout des lèvres l'idée d'un lieu d'accueil et d'information, de distribution de seringues et de préservatifs, où il serait possible de consommer de l'héroïne. Aucun financement n'était toutefois prévu du côté de l'Etat, et des divergences se sont manifestées entre les différents partenaires, ce qui a empêché que le projet puisse être développé.

C'est ainsi que finalement le "Sprützehüsli" a été établi et toléré. Il est cependant interdit de lui faire de la publicité, aucune pancarte ne doit indiquer où se trouve exactement ce lieu. En outre, un harcèlement policier périodique de la scène de la rue n'a pas facilité l'établissement de relations de confiance entre toxicomanes, intervenants et autorités. Etant moins proche des usagers, ce lieu est peu utilisé et le succès de l'opération moins grand que l'année précédente.

L'exemple zurichois

Le "Zürcher Interventions-Pilotprojekt gegen AIDS für Drogengefährdete und Drogenabhängige (ZIPP-AIDS)" a démarré en décembre 1988. Il a fallu plus d'une année de mise en route après que le concept en eut été défini par le

Département de psychiatrie sociale et l'Institut d'immunologie de l'Université de Zurich. L'objectif de ce projet est de fournir de l'information et de l'aide médicale de base ou d'urgence aux drogués. Il propose également l'échange de seringues et d'aiguilles et distribue des préservatifs. Ce service s'est installé dans d'anciennes toilettes publiques du Platzspitz, au lieu même où les toxicomanes de rue se tiennent.

D'autres actions parallèles contribuent aussi depuis quelques mois à l'aide à la survie des toxicomanes les plus misérabilisés de la scène zurichoise (ZAGJP, Croix Rouge, Eglises...).

Le projet ZIPP-AIDS, financé par l'OFSP pour deux ans, reçoit un appui modeste de la ville et du canton. Il est desservi par deux médecins et un(e) infirmier(e).

Au cours de ses 20 premiers jours, 6000 seringues ont été distribuées, 5000 récupérées, 2000 préservatifs ont été pris, 600 entretiens ont eu lieu, et 20 prises de sang pour une sérologie des anticorps du VIH. Le local a reçu la visite de 250 à 300 personnes par jour. En dehors des actions "préventives", il y a eu aussi 54 réanimations suite à des overdoses.

Ce début d'expérience montre que si l'offre est là : information, seringues, préservatifs, les personnes qui en ont besoin s'en servent.

5.2.3. Les actions des antennes régionales de l'ASS

Les antennes régionales de l'ASS ont des activités toujours plus étendues, comme initiatrices de l'action SIDA dans les cantons, même si elles ne sont pas officiellement chargées de définir la politique⁵⁸. Elles organisent conférences et sessions de formation, y compris pour la formation des personnels des services publics (aspects sociaux et psychologiques de la prise en charge).

A la différence des services d'Etat, les antennes ASS suivent une tendance plus intégrative. Le lien entre Information, Sensibilisation, Education, Conseil, Accompagnement, Prise en charge sociale et médicale, Aspects politiques et éthiques, Solidarité est à la base de leur démarche et appelle un fonctionnement en réseau(x). Celui-ci se réalise d'une part par la coopération avec de multiples services du domaine social, et d'autre part par la réunion de personnes motivées issues de divers domaines de compétence. Une telle interconnexion facilite l'appui politique et financier aux antennes régionales. Elle permet aussi mieux de considérer ensemble toutes les facettes de la problématique SIDA.

Dans un premier temps le financement des antennes régionales de l'ASS, a été difficile à obtenir. L'évolution de certaines de ces organisations vers plus de professionnalisme, parfois suite au retrait des membres initiateurs militants, facilite dans une certaine mesure la communication avec les structures politiques, mais ne suffit pas toujours à assurer la reconnaissance de leur rôle et compétence (qu'on peut mesurer à l'importance du soutien financier public). Et cela malgré le fait que la ligne d'action des antennes régionales rejoint les positions exprimées par l'OFSP (aspects de valeurs socio-politiques et éthiques) et partagées dans le milieu du counselling.

⁵⁸ Source : Politiques et stratégies cantonales de prévention et de lutte contre le SIDA. Etude no 10.

5.3. Actions multiplicatrices chez les professionnels

L'action des personnes travaillant dans le domaine des soins et de la prise en charge des malades ou des séropositifs ne vise pas en premier lieu la prévention⁵⁹. Les médecins installés en cabinet ou à l'hôpital, les personnels soignants, les consultations de test VIH et les éducateurs et assistants sociaux ont cependant des effets multiplicateurs sur ce plan à plusieurs titres :

- en répondant aux demandes et problèmes non seulement de personnes malades ou infectées, mais aussi de ceux qui craignent de l'être et indirectement de l'entourage de leurs "clients",
- par des rôles de formation ou de conseil s'adressant à d'autres professionnels concernés par le SIDA,
- par une influence sur leur propre entourage non professionnel, à titre de "personnes bien informées".

5.3.1. Que font-ils ?

D'une manière générale les différents professionnels interrogés n'entreprennent d'actions préventives au niveau individuel et collectif que sur demande explicite des clients. Lorsqu'ils ont affaire à des cas ou à des demandes précises (test, par exemple), il semble que - sur le plan du savoir-faire et de l'éthique professionnelle - les intervenants se montrent à l'aise et compétents.

La confrontation des professionnels à des cas de séropositivité ou de SIDA est par ailleurs de plus en plus fréquente. Elle est par exemple le fait de 43 % des médecins installés en cabinet dans le canton de Vaud⁶⁰ et 88 % des médecins de famille participant à l'enquête Sentinella⁶¹ ont été sollicités au moins une fois pour un test VIH. Les deux tiers des 171 institutions socio-éducatives ayant répondu à notre enquête ont été confrontées à des personnes séropositives⁶², la moitié à des personnes malades du SIDA, près d'une institution sur 5 avait déjà vécu un décès.

Au cabinet médical

Les médecins installés interrogés disent que c'est généralement eux qui, après anamnèse, proposent un test VIH à leurs patients, et ce souvent après un entretien relatif au risque inhérent à une demande de test. En cas de positivité, la tendance parmi eux est de suivre le patient régulièrement en l'informant précisément et en pratiquant des examens de routine, sans instituer une relation de counselling sur le plan psychologique. Beaucoup soulignent leurs difficultés avec les patients séropositifs, face auxquels ils se sentent impuissants, n'ayant pas

⁵⁹ Source : Les personnels hospitaliers (étude no 6). Les médecins praticiens (étude no 14). Services de test VIH (étude no 15). Programmes de formation d'intervenants dans le domaine du SIDA (étude no 16).

⁶⁰ Meystre-Agostini G, Chave J-Ph, Glauser M-P. Etude en cours sur la fréquence des personnes séropositives ou malades du SIDA dans les cabinets médicaux vaudois. Lausanne, CHUV, 1988.

⁶¹ Bull. OFSP 30.6.88; 25 : 302.

⁶² 98 % des services de consultations pour toxicomanes, 89 % des services de protection de la jeunesse, 33 % des institutions éducatives et des maisons d'accueil sont confrontés à la problématique SIDA.

affaire à un "véritable malade", une situation où ils peuvent agir. Ils ressentent un fossé entre les attentes du patient et ce qu'ils peuvent ou veulent lui apporter. La distance relationnelle avec le patient (juste équilibre entre rejet et fusion) est difficile à trouver et les charges émotionnelles que représentent ces patients pour le médecin sont jugées fortes. En témoignent ces 2 remarques :

- "Si je prends en charge un séropositif, un malade, je dois être capable de l'assumer jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à la mort en l'état actuel des choses."
- "Je ne supporte pas de devoir traquer des signes cliniques ou biologiques chez un patient séropositif afin d'avoir du matériel objectif; cette non-maladie, ce non-savoir pouvant déboucher sur la mort me fascinent et me révoltent."

Des réponses sont proposées à des demandes de soutien mais sont parfois accompagnées de craintes, liées soit au risque de contagion, soit à l'accroissement prévisible de la charge émotionnelle et à l'investissement en temps qu'entraînera l'augmentation du nombre de cas. D'où des tendances à l'échappement qui peuvent prendre plusieurs formes (par exemple partage et dilution des responsabilités).

Comme l'avait déjà montré l'enquête Sentinella en 1987⁶³, les médecins ne s'intéressent pas spontanément aux comportements sexuels de leurs patients ou n'osent pas en parler, sauf si une pathologie spécifique y est associée. C'est seulement la consultation et l'anamnèse qui offrent l'occasion d'en parler le cas échéant.

La campagne STOP-SIDA n'est critiquée par aucun des médecins interrogés, est même considérée comme une nécessité et comme devant se poursuivre. Malgré cela, dans aucune des salles d'attente des médecins visités il n'y avait de matériel d'information sur le SIDA affiché ou à disposition.

En matière de prévention, une partie des médecins se dit prête à en faire spontanément auprès de l'ensemble de leur clientèle. Un deuxième groupe n'est prêt qu'à répondre à la demande de leur clientèle ou en fonction de déterminants spécifiques (toxicomanies, conduites à risques, homosexualité, inquiétudes...). La dernière tranche de médecins ne parle de SIDA qu'à la demande explicite du patient et généralement de manière superficielle.

Les réponses pour justifier cet état de fait sont de deux types :

- "ce n'est pas à nous de servir de relais ou de caisse de résonance à la campagne de l'OFSP contre le SIDA",
- "ce n'est pas dans une salle d'attente ou dans un cabinet médical qu'il y a lieu de faire de la prévention adressée à l'ensemble de la population".

Quelques réponses du genre "cela pourrait avoir des effets négatifs sur l'ensemble de la clientèle en nous signalant comme spécialiste du SIDA, de l'homosexualité ou de la toxicomanie" montrent le climat qui règne dans les cabinets médicaux.

Un médecin a même dit : "Je suis là pour soigner des patients, pas pour faire de la prévention tous azimuts. Si l'occasion se présente de faire de la prévention, je la fais au cas par cas et sans avoir recours aux brochures de l'OFSP; je préfère considérer le patient qui me pose des questions comme totalement

63

Source : Gurtner F, Zimmermann H-P, Kaufmann M, Somaini B. Sexualanamnese bei nicht verheirateten Praxispatienten. Eine Sentinella-Studie. 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989. (Cah Rech Doc IUMSP no 23.2) (unpubliziert).

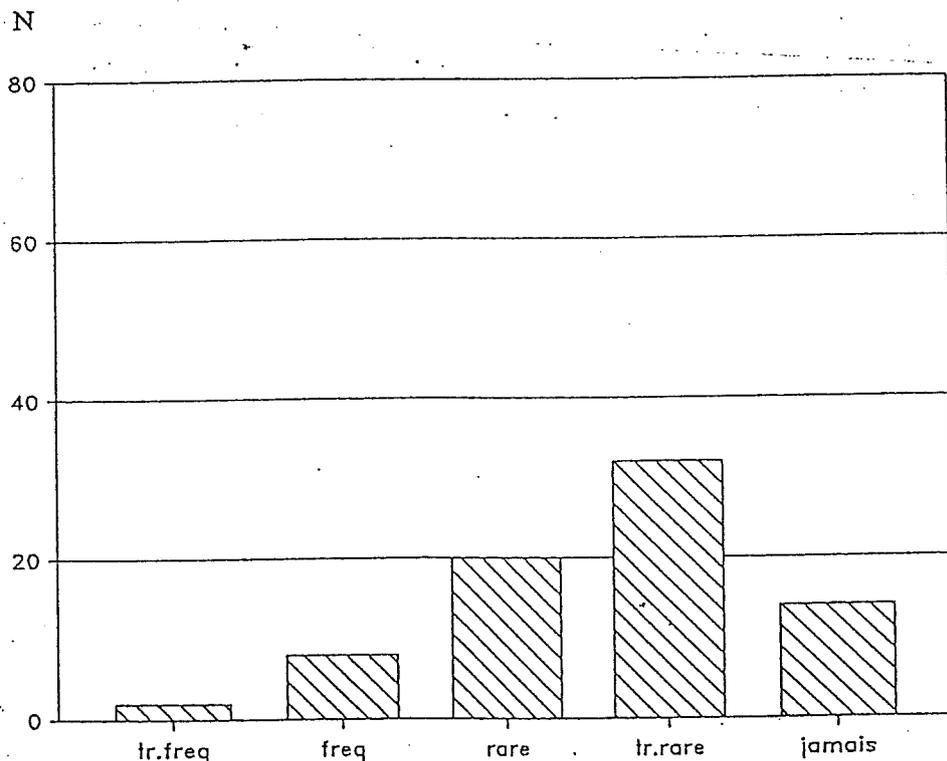
ignorant et lui expliquer moi-même de quoi il en retourne plutôt que de lui confier des petits fascicules tout prémâchés."

Dans les services hospitaliers

Dans l'ensemble le personnel hospitalier se sent peu multiplicateur d'informations auprès de la population, même s'il se dit prêt à le faire. De fait, les questions posées par leur entourage ont plutôt pour objet de satisfaire des curiosités ("y a-t-il beaucoup de cas à l'hôpital?", "comment ça se passe?", "qui sont ces drôles de clients?", "courrez-vous des risques de contamination?") que d'obtenir de l'information et des conseils en matière de prévention.

Les principales questions des patients hospitalisés sont de savoir si le test de dépistage des anticorps anti-VIH est pratiqué de routine à l'entrée à l'hôpital et quels sont les risques en cas de transfusion. Les réponses données ne sont pas toujours adéquates comme le montrent les réponses proposées par le personnel lors des entretiens de groupe et leur méconnaissance personnelle du réel risque de contamination par transfusion de sang en Suisse (voir figure 6). Il y a peu de discussions autour de la prévention.

Figure 6 : Estimation du risque par transfusion sanguine en Suisse par le personnel hospitalier



Lorsque leur entourage ou les patients leur posent des questions concernant le risque professionnel, les hospitaliers évoquent plutôt un risque non négligeable et surtout non relativisé par rapport à d'autres risques. Ce type de messages, particulièrement venant de professionnels de la santé traditionnellement préoccupés par le bien-être d'autrui, risque de créer des

confusions sur la contagiosité de la maladie et de faire passer au second plan d'importants messages de solidarité.

De fait, le personnel hospitalier répond peu aux questions des gens. Il diffuse surtout ses angoisses et ses incertitudes, ce qui risque de semer le doute dans les esprits.

Dans les institutions sociales

Dans les institutions interrogées⁶⁴, on peut dire que dans l'ensemble les campagnes de prévention sont bien accueillies par les éducateurs et travailleurs sociaux. Les quelques réserves s'orientent dans deux directions opposées : d'une part des reproches à l'aspect moralisateur du "Reste fidèle", d'autre part l'aspect immoral de la promotion du préservatif ! Quant à la forme, on s'étonne parfois du ciblage "suisse moyen", mais on apprécie un humour plutôt inhabituel pour une administration fédérale.

L'effort de prévention pour les clients des institutions est proportionnel à la confrontation avec la maladie; c'est dans les centres de consultations pour toxicomanes que la distribution de matériel d'information est la plus fréquente, même si elle n'est pas systématique. Plus de la moitié des institutions qui n'ont pas encore eu affaire à des personnes infectées et un tiers des institutions déjà concernées n'ont pas distribué de brochures. La distribution de préservatifs et de seringues n'est pas systématique et la politique varie énormément d'une institution à l'autre.

5.3.2. Quelle formation ont-ils et veulent-ils ?

Sur le plan de la formation et de la préparation à des situations de prise en charge, tous les groupes de professionnels interrogés se considèrent en général suffisamment informés et aptes à remplir leur rôle de multiplicateurs. Cependant des demandes spécifiques apparaissent au moment de la confrontation à la maladie. De fait, avant la confrontation directe avec la maladie, on imagine très mal les réalités concrètes de l'épidémie et de la maladie et la demande de formation est donc faible. On constate malgré tout que les journées de formation et information sur le SIDA attirent des foules (il a fallu doubler les journées "Femmes et SIDA" aussi bien en Suisse alémanique qu'en Suisse romande et ces 4 journées ont attiré plus de 1500 personnes).

Le programme de formation d'intervenants du centre médico-social Pro Familia de Lausanne est le premier à avoir été mis sur pied en Suisse : en une année 26 séminaires de formation ont réuni 250 personnes. Une partie des professionnels ont assisté à plusieurs séminaires, ce qui réduit un peu le nombre de personnes effectivement formées. 13 séances d'information ont aussi été organisées et ont touché près de 650 personnes. La plus grande partie de la clientèle des séminaires sont des éducateurs en éducation sexuelle et des travailleurs sociaux de Suisse romande (surtout du canton de Vaud). Le public des séances d'information regroupe également des enseignants, des associations de parents.

Si au début de ce cycle de séminaires, les intérêts étaient principalement orientés sur de l'information de base et les moyens de se protéger du SIDA, on

⁶⁴ 16 maisons d'accueil pour adolescents, 36 institutions éducatives et pédagogiques, 27 services de protection de la jeunesse, 3 services de tutelle, 44 services de consultations pour toxicomanes, 45 autres services sociaux.

constate progressivement une évolution vers les moyens de réagir et de "prendre en charge" des personnes touchées par le virus. Cette évolution est un effet du temps, mais est aussi fonction du degré de confrontation au virus.

Le point de vue des médecins

Les médecins se déclarent généralement suffisamment informés, mais néanmoins manquer de ressources pour se tenir au courant et prendre en charge les patients. Il s'agit aussi bien des dernières propositions de protocoles de traitement que des réseaux permettant de déléguer ou de transférer des cas. L'existence de l'ASS et de ses antennes régionales est rarement connue. Ils n'ont en majorité pas le temps de lire les articles spécialisés des journaux scientifiques et la majorité de leurs informations semble provenir de la grande presse quotidienne ou hebdomadaire.

Et dans les hôpitaux

Il existe de la part du personnel hospitalier une demande d'information qui porte sur : les aspects cliniques de la maladie, les moyens de se protéger d'une contamination avec des directives d'application, une aide à la prise en charge.

Les directions d'établissement ont émis des directives, elles considèrent qu'il y a beaucoup d'information et peu de problèmes en relation avec le SIDA. Mais les équipes soignantes se plaignent d'avoir trop souvent dû rechercher elles-mêmes de l'information sur le SIDA, ignorent parfois l'existence des documents disponibles à l'hôpital ou ne savent pas comment les mettre en pratique.

En fait l'information semble mal circuler. Dans tous les hôpitaux visités il y a eu à un moment ou un autre une information au personnel sous forme de conférence, lettre, circulaire ou nouvelle page dans le classeur de l'hygiène hospitalière. Les conférences avaient hélas lieu le soir, le classeur de directives reste au fond du placard et les discussions approfondies n'ont eu lieu qu'au niveau des directions médicales, infirmières et des responsables de l'hygiène hospitalière. Il n'y a pas de lieux d'échange des informations et des expériences, pas d'écoute.

- Plusieurs problèmes ne semblent pas avoir été pris en compte comme :
- la rotation rapide du personnel soignant, nécessitant la répétition fréquente des informations; dans les groupes interrogés il y avait peu d'homogénéité quant à l'information reçue du fait des différences d'ancienneté;
 - le moment de l'information; selon un responsable d'unité spécialisée, le meilleur moment est celui où un problème précis se pose, motivant ainsi le personnel à s'informer;
 - le lieu où se donne l'information; pour toucher l'ensemble du personnel il faut que cette information soit fournie sur le lieu de travail et pendant les heures de travail;
 - l'écoute du personnel; la circulation de l'information est quasiment à sens unique du haut vers le bas.

Les travailleurs sociaux

Ils sont avides de formation, mais celle-ci n'apparaît et ne se fait ressentir que lorsque les problèmes sont là : un malade, une personne séropositive dans leur institution.

A plusieurs reprises une demande de moments d'échanges a également été explicitement formulée au cours des séminaires de formation du CMSPF.

Pour tous il y a une formation nécessaire

En conclusion, l'ensemble des professionnels désirent que des sessions de formation et des réseaux de communication soient mis en place, qui les aident à répondre aux besoins spécifiques qu'ils rencontrent dans leur pratique.

Les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux parlent beaucoup entre eux du SIDA de façon informelle, et se sentent à même d'être des formateurs pour leurs pairs ou leurs clients. Mais de fait et surtout s'il n'y a pas eu de confrontation directe avec le SIDA, les professionnels ne font que peu d'interventions préventives auprès de leur clientèle.

Pour plusieurs professionnels, les difficultés à entrer en matière sur le risque SIDA de leurs clients sont liées à une délimitation stricte des rôles, à laquelle ils tiennent beaucoup. Ils ressentent aussi qu'ils n'ont pas été spécifiquement invités et documentés précisément afin d'intervenir sur ce sujet. Le sentiment que "rien ne se fait pour les informer et les aider" peut être source d'inhibition.

5.4. D'autres actions multiplicatrices

Il n'est certainement pas possible d'énumérer toutes les actions préventives qui se sont développées en 1988. Le choix de celles qui sont présentées ici est guidé par le fait qu'il s'agit d'actions à couverture nationale ou que les expériences proposées mériteraient d'être répétées ailleurs, en tenant compte des sensibilités locales.

5.4.1. Les initiatives préventives des médias

Dans l'ensemble les médias n'ont pas joué de rôle "pédagogique" actif⁶⁵. Le nombre de dossiers sur le SIDA ou sur un thème plus spécifique de prévention est très limité dans la presse écrite (voir 6.2). Cette dernière se charge en général de rapporter des actions, des conférences, des prises de position de personnalités influentes. Quelques tables rondes à la télévision et sur les différentes chaînes de radio officielles et locales ont permis de répéter les messages de prévention; les invités se chargeant systématiquement de le faire.

La radio romande a réalisé une trentaine de spots sous le slogan "l'amour pour le meilleur et loin du pire" qui font parler des personnalités du sport, de la culture, de la politique, de l'église sur la nécessité d'utiliser le préservatif et de se protéger du SIDA en général. Ces spots ont été diffusés plusieurs fois par jour pendant tout l'été et l'automne 1988.

⁶⁵ Source : Image du SIDA dans les médias. Etude no 19.

5.4.2. L'information à l'école de recrues

Dans les 56 écoles de recrues d'été 1988 (env. 15'000 soldats), par ordre du Médecin en chef de l'armée et du Groupement de l'instruction⁶⁶, des brochures d'information SIDA de l'OFSP ("Vivre et aimer sans crainte") ont été distribuées dans le cadre d'exposés de 45 minutes maximum présentés par les médecins de ces écoles. Ces exposés comportaient un montage audio-visuel et une brève discussion. Les médecins (des lieutenants, la plupart venant de terminer leurs études de médecine) ont reçu quelques instructions sur l'utilisation des diapositives sonorisées et la distribution de la brochure SIDA lors d'une réunion préparatoire. Cette action, initialement prévue déjà pour les écoles de recrues de printemps, avait été repoussée pour des raisons de matériel. Elle devrait se répéter au printemps et à l'été 1989. Les médecins d'écoles sont par ailleurs tenus de donner une information sur les maladies sexuellement transmissibles, mais ne disposent pas de matériel pédagogique.

De l'avis des recrues interrogées⁶⁷ comme pour la hiérarchie militaire, les médecins d'écoles sont les personnes les plus qualifiées pour faire cette information. Le contexte des exposés a posé à plusieurs reprises des problèmes, du fait de la taille des groupes (souvent plus de 100 recrues), du moment choisi dans la journée (parfois au réveil après un exercice de nuit), et du formel des relations militaires. Ces circonstances ont forcément réduit l'intervention à un résumé informatif élémentaire. Celui-ci n'est peut-être pas superflu, dans la mesure où en outre il rappelle que, dans le cours normal de leur existence, les jeunes adultes sont amenés à se sentir concernés par le risque d'infection. Il a parfois manqué aux médecins d'écoles des informations ou des arguments convaincants pour écarter quelques questions sur les risques théoriques de transmission.

Dans l'ensemble, les recrues ont apprécié ces exposés d'information, y ont même souvent appris quelque chose.

Le don du sang, acte usuel et massif dans les écoles de recrues, même si le don est libre, a aussi été l'occasion de (se) poser à nouveau des questions relatives au SIDA, parfois plus personnelles, en liaison avec les questionnaires de présélection des donneurs. Il semble que les exposés des médecins d'écoles n'aient pas établi de relations avec cette autre confrontation à la problématique du SIDA.

5.4.3. Les messages aux voyageurs internationaux

Par l'intermédiaire des agences de voyages, 100'000 exemplaires d'un dépliant de conseil aux voyageurs sur le SIDA produit par la Fondation suisse pour l'éducation à la santé ont été distribués aux voyageurs en même temps que leur billet d'avion.⁶⁸

5.4.4. Les parents sont utiles

Si les sources principales d'information des jeunes sur le thème du SIDA sont d'abord les médias électroniques et imprimés, les parents sont également

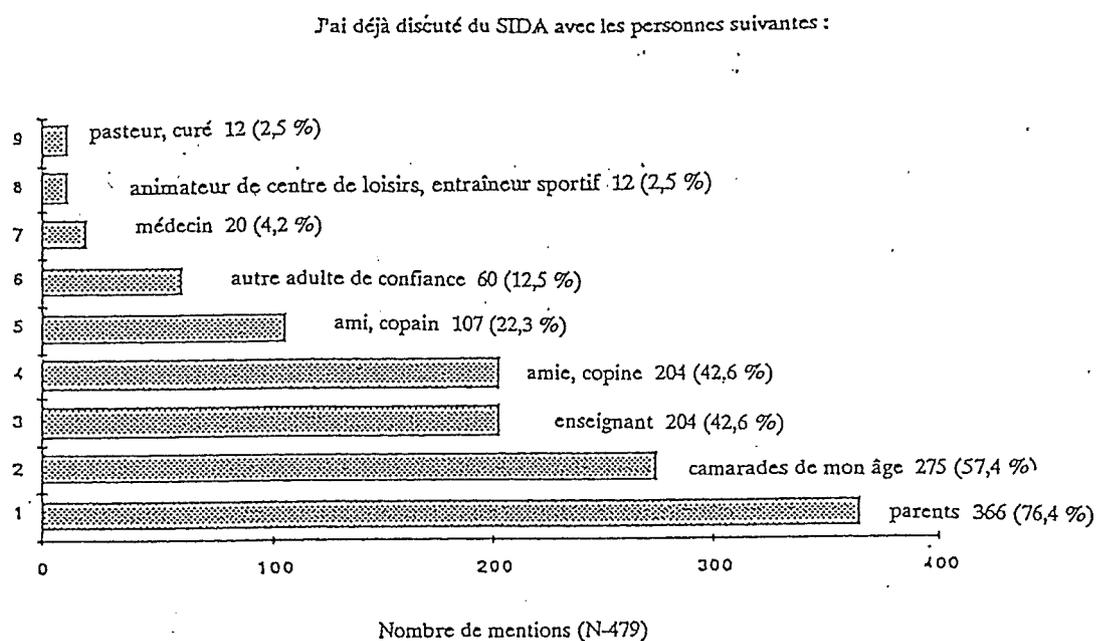
⁶⁶ Lettre circulaire du Médecin en chef de l'armée aux Commandants des écoles de recrues, du 20 juin 1988.

⁶⁷ Source : Les militaires. Etude no 7.

⁶⁸ Source : Les sex-touristes. Etude no 8.

fréquemment interpellés⁶⁹. Les personnes avec qui les jeunes parlent le plus du SIDA sont leurs parents. Les amis et les maîtres d'école viennent largement derrière, le pasteur et le médecin ne sont quasiment jamais cités (voir figure 7).

Figure 7 : Les interlocuteurs des jeunes pour le SIDA



Lorsqu'il s'agit de discuter un problème personnel, la mère est la personne-ressource la plus souvent mentionnée, aussi bien par les garçons que par les filles. Le père joue également un rôle important, mais surtout pour les garçons. Par contre ni l'enseignant, ni le médecin, ni l'ecclésiastique ne sont considérés comme des personnes avec qui l'on parle de ses problèmes privés.

Il apparaît clairement nécessaire de renforcer les parents dans leur rôle de conseillers et d'améliorer leur information sur le SIDA, la sexualité et l'importance des relations affectives.

5.5. Le test de dépistage des anticorps du VIH

De nombreuses fausses croyances au sujet du test persistent dans les différents groupes⁷⁰ :

- il est encore considéré comme un moyen de prévention individuel,

⁶⁹ Source : Programmes scolaires (étude no 11). La zone (étude no 4).

⁷⁰ Source : Services de test VIH (étude no 15). Les médecins praticiens (étude no 14). Les personnels hospitaliers (étude no 6).

- il servirait à protéger le personnel dans les hôpitaux et même les autres patients,
- il est parfois utilisé comme certificat de bonne santé ou comme passeport pour draguer,
- son impact psycho-social est largement sous-estimé, lorsqu'on est soi-même concerné aussi bien que pour les autres; il est trop souvent banalisé.

Chez les médecins et les travailleurs sociaux la demande de test ou la proposition de celui-ci est souvent le point de départ d'entretiens sur le SIDA et la prévention; il ne se fait que peu de prévention individuelle et/ou de discussions sur les comportements à risque sans (évoquer) un test.

Malgré l'interdiction de faire un test de dépistage des anticorps du VIH sans le consentement éclairé du patient, cette pratique existe. Dans toutes les études effectuées, les personnes interrogées, qu'elles soient des clients ou des professionnels, rapportent des exemples de tests fait à l'insu du patient.

Les "centres de tests" (laboratoires privés ou rattachés à des hôpitaux et les centres de tests anonymes) sont très différents les uns des autres. Ce sont eux qui déterminent les conditions dans lesquelles se pratique le test. On peut distinguer trois catégories de centres :

- ceux qui se contentent de prélever l'échantillon de sang avec ou sans ordonnance d'un médecin et de rendre le résultat sans information ni conseil,
- ceux qui offrent une information aux personnes qui se présentent spontanément sans avoir vu au préalable un médecin,
- ceux qui apportent un counselling important, aussi bien avant qu'après le test; c'est le cas en général des grands centres hospitaliers.

Les centres observés semblent manifester une tendance à améliorer leur capacité d'information et de counselling.

Les prises de position contradictoires du corps médical insinuent le doute sur le rôle du test et sur les risques réels de contamination par le VIH. Il est évident qu'il existe un risque pour certaines professions de la santé, mais ce risque est minime par rapport à d'autres modes de contamination, et surtout reste très faible par rapport à d'autres risques que courent ces professionnels.

La demande faite par des médecins de pouvoir décider de tester des patients et même la population, comme l'a fait la société médicale bernoise ne reposent sur aucune justification scientifique et sont de nature à mettre en cause l'efficacité des campagnes de prévention.

⁷¹ Par exemple : Hoffmann R. Die HIV-Infektion auf der Chirurgischen Klinik : Allgemeine Probleme und Schutzmassnahmen. Praxis 1988; 77 : 1186-1189 et Geiser M. Juristische Rabulistik und unsachlicher politischer Kompetenzanspruch rund um den AIDS-Test. Die Meinung der Leser. Schweiz Aerztezeit 1989; 70 : 64-65.

6. INFLUENCES DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL

6.1 Relation entre l'environnement social et la prévention

Ce chapitre présente le terrain sur lequel arrivent les campagnes de prévention du SIDA et la façon dont ce terrain contribue à leur efficacité.

Le SIDA n'est évidemment pas seulement un objet de campagnes de prévention, il est aussi une préoccupation socio-politique du fait de la présence des malades et des soins qu'ils nécessitent, du fait de l'isolement et de la stigmatisation dont les malades et personnes infectées peuvent souffrir, du fait des réponses sociales à l'épidémie.

Des aspects généraux de la question SIDA indépendants des actions de prévention : recherche, politique générale, clinique, soins, aide et accueil, images du SIDA construites par les médias et véhiculées par la population... agissent sur les possibilités de prévention.

D'autre part certains aspects des styles et modes de vie, concernés par la problématique SIDA, sont surtout déterminés par d'autres systèmes de représentations, normes, traditions et valeurs : en particulier la formation des relations amoureuses et sexuelles, de la drague au couple, ou la contraception. Ils ont donc un effet propre sur les manières de faire face au SIDA.

Ces éléments doivent être passés en revue ici pour chercher leurs interactions avec la prévention du SIDA, afin d'identifier autant que possible leurs influences spécifiques, la façon dont ils facilitent ou empêchent l'adoption des conduites recommandées par les campagnes de prévention, et plus précisément la façon dont ils ont (ou non) été opportunément exploités par les campagnes éducatives (ou dont ils pourraient l'être à l'avenir).

6.2 Comment la presse présente le SIDA

On parle du SIDA dans les médias comme d'un phénomène établi dans notre société et qui est devenu en quelque sorte permanent. Le flot de dépêches reproduites par les médias à ce sujet est continu, et le travail rédactionnel des journalistes adapte souvent l'information. S'y ajoutent des annonces d'émissions TV ou radio et un courrier des lecteurs constant. C'est ainsi que 3776 articles de presse (provenant surtout de quotidiens et d'hebdomadaires) ont été recueillis par

l'argus de la presse suisse entre janvier et octobre 1988 et ont été analysés⁷². La diffusion est régulière au cours de l'année. Le volume d'articles (360 à 480 articles par mois) est légèrement inférieur à celui de l'année 1987, et nettement moindre qu'au moment du lancement de la campagne STOP-SIDA.

La presse travaille par l'événement et la nouvelle, généralement sans explications ni commentaires⁷³. Le SIDA n'y fait pas exception. La presse traite le SIDA comme n'importe quel autre thème, peut-être cependant avec un peu plus d'intensité et de visibilité. Deux tiers des articles occupent plus d'un quart de page et 30 % sont appuyés par une photo. Dans certaines rédactions de journaux et dans les médias électroniques le thème est traité avec une prudence particulière et un contrôle de l'information.

Les événements rapportés sont souvent très ponctuels : déclaration, parution, diffusion de statistiques, réunion, manifestation, ouverture d'une institution, décision... mais l'événement en lui-même et la répétition d'événements analogues font en même temps allusion à la réalité constante de la maladie. La couverture médiatique des événements est souvent limitée à la sphère régionale.

Parmi les événements liés au SIDA, la grande majorité ne font pas allusion à des actions de prévention. Cela n'empêche pas qu'ils aient de fait des effets utiles pour la prévention, en rappelant des éléments de connaissance ou simplement la permanence du problème.

L'image du SIDA transmise par les médias est celle d'un problème avant tout **indigène**. La très grande majorité des articles traitent de la Suisse et des pays voisins occidentaux. La dimension mondiale prend peu de place par rapport aux années précédentes : les aspects étrangers lointains (Amérique riche et différente; Afrique pauvre) ne sont rapportés que par moins de 10 % des articles, concernant essentiellement les USA. Les témoignages publiés proviennent aussi surtout de personnes vivant en Suisse.

Le thème majeur contenu dans les articles de presse, c'est la **propagation de l'épidémie** et le fait qu'elle interpelle la société individuellement et collectivement. Cela est montré par l'importance accordée par les médias aux **chiffres de diffusion** de l'épidémie en Suisse, à chaque nouveau comptage trimestriel ou en annexe à des événements divers, comme documentation élémentaire. Les chiffres mondiaux sont aussi diffusés, mais moins mis en évidence. 13 % des articles (499) donnent des nombres de cas de SIDA, 8 % en Suisse, 4 % à l'échelle mondiale (OMS) et 1 % dans d'autres pays.

Les éléments du discours des médias sur le SIDA (indépendamment des actions spécifiques de prévention qui sont relatées) montrent également d'autres tendances.

Le SIDA n'est **plus un fait nouveau**, il existe depuis 7-8 ans, et il n'y a plus besoin de convaincre les gens de sa présence ici. Sur ce point il y a conjonction entre la présence continue du discours préventif dans la rue (avec son logo) et l'évocation fréquente des malades par la presse. Le premier est un discours abstrait qui n'identifie personne (éviter un risque possible mais invisible), le

⁷² Source : Image du SIDA dans les médias. Etude no 19.

⁷³ "Les événements sociaux ne sont pas des objets qui se trouveraient tout faits quelque part dans la réalité et dont les médias nous feraient connaître les propriétés et les avatars après-coup, avec plus ou moins de fidélité. Ils n'existent que dans la mesure où ces médias les façonnent." Eliseo Veron. Construire l'événement- Les médias et l'accident de Three Mile Island. Paris, Ed Minuit, 1981.

second presque plus "réel" parce que les malades (même cachés) existent en tant qu'individus.

Il subsiste une habitude d'expliquer dans le journal ce qu'est cette maladie, puisque 7 % des articles contiennent encore des **éléments descriptifs**. La moitié de ces articles rappellent quels sont les modes de transmission du virus. Les médias donnent cependant l'impression qu'ils estiment que la population connaît les faits essentiels. Ils n'informent que rarement en revanche sur des aspects pour lesquels nous savons que les connaissances restent lacunaires, notamment celles en relation avec le test (bien que 22 % des articles évoquent le test). Au contraire, ils donnent parfois un retentissement important à des prises de position extrêmes et infondées, surtout sur ce sujet et sur les risques d'infection des professionnels de la santé.

Les articles qui présentent les apports de la **science** (8 %) se concentrent sur la recherche et l'expérimentation de médicaments et vaccins, alors que la virologie et la recherche sur les aspects psychologiques et sociaux de la maladie ont très peu d'écho. Les médias, en quête de scoops, répercutent la divulgation hâtive de fragments de recherche et les rivalités entre équipes scientifiques à l'étranger. La conférence mondiale sur le SIDA de Stockholm a eu à cet égard un double effet: d'une part une parution deux fois plus élevée d'articles sur les aspects scientifiques pendant le mois de juin 1988, mais ensuite une attention accrue à ne pas publier n'importe quelle information diffusée par des chercheurs.

En ce qui concerne les **types de personnes concernées** par le SIDA, il y a aussi une évolution sensible par rapport aux années précédentes. D'abord, la presse n'amalgame plus le SIDA avec l'homosexualité. Elle n'évoque même quasiment pas les homosexuels, sinon pour mentionner leurs changements de comportements dans le sens de la protection.

L'association du SIDA avec la prostitution est aussi assez rare et ne concerne quasiment que les prostituées toxicomanes. Les médias évoquent par ailleurs souvent, en rapport à la prostitution, l'usage de préservatifs, mais ne parlent jamais des clients.

La perception du SIDA est en revanche très liée au milieu de la toxicomanie, qui est présenté de façon toujours plus dramatique dans les journaux et médias électroniques. Les aspects de misère, de maladie, de mort, de violence impressionnent. Ils diffusent l'idée de la dangerosité de ce milieu et évoquent la difficulté à le maîtriser. Par rapport aux dernières années, la scène de la drogue a pris, dans les médias comme dans la rue, une visibilité incontournable qui dérange. Les mesures sociales ou répressives rapportées se laissent comprendre, dans leur majorité, comme inefficaces.

Enfin, un bon nombre d'articles évoquent la confrontation des jeunes au SIDA, le fait qu'ils sont concernés parce qu'ils changent de partenaires et qu'ils se sentent obligés d'adopter des conduites de protection. Résistances et adaptations sont à tour de rôle évoquées par des témoignages. En outre, bon nombre des événements de prévention cités par la presse concernent la mise en place de programmes d'information pour les jeunes, dans les écoles ou ailleurs.

Les nombres d'articles concernant ces quatre groupes de populations exposés au risque, parus en 10 mois de 1988 (sans compter les statistiques des nombres de cas), sont les suivants :

-	homosexuels	24 articles	0.6 %
-	prostituées	46 articles	1.2 %
-	toxicomanes	127 articles	3.4 %
-	jeunes	192 articles	5.1 %

On parle finalement dans la presse **beaucoup de malades** et de la maladie (28.3 % : nombre de cas, traitements et recherche, ressources pour les soins, etc.) et **fort peu du risque de s'infecter**, ou de ceux qui courent ce risque... Les malades deviennent peu à peu, dans l'image qu'en donnent les médias, des malades incurables "normaux", sujets de soins et de compassion. Moins malades scandaleux, moins malades misérables, moins malades vedettes qu'il y a un ou deux ans. La scène de la maladie s'est installée: on y voit des soins hospitaliers, des médecins et des infirmières, des maisons d'accueil, des médicaments plus ou moins efficaces, comme pour les autres maladies mortelles, le cancer par exemple.

La majorité des **articles sur la prévention** du SIDA parus dans la presse (869 articles, 23 %) en parlent de manière indirecte. Ils relatent dans leur plus grand nombre des actions éducatives ou d'information dans les écoles (4.7 %), ou plus généralement pour les jeunes (1.9 %). Il y est question de la nécessité de mettre en route de tels programmes, des contenus proposés et des personnes chargées de les appliquer. En les rapportant, les médias accréditent le fait que les autorités éducatives reconnaissent l'existence du risque d'infection chez les jeunes. Les principaux émetteurs évoqués sont les autorités scolaires ou de santé publique cantonales, l'OFSP (qui fournit des matériels éducatifs), les enseignants et éducateurs, parfois les antennes régionales de l'ASS. Ces actions de prévention ont suscité quelques controverses, provoquées par des groupes de parents conservateurs. La légitimité de l'information et de la sensibilisation de la jeunesse n'est jamais contestée. D'autres informations sur la prévention se rapportent aux activités de l'ASS (3.2 %), au bus STOP-SIDA (1.3 %), aux permanences téléphoniques (0.9 %), aux informations données par les médecins et personnels soignants ou à leur intention (1 % et 0.8 %), etc.

Les messages indirects de prévention (à l'intention des lecteurs des journaux) qui transparaissent dans ces articles restent flous et se limitent généralement à la nécessité de se protéger.

Des opérations de plus grande envergure, comme les "10 jours contre le SIDA" de la fondation genevoise SIDAIDE (2 %), attirent évidemment aussi l'attention, mais restent des événements locaux qui ne sont que peu rapportés au-delà. Dans leur aire d'influence ils donnent l'occasion aux médias de refaire une fois le tour des principaux aspects de l'épidémie.

Quelles sont les conjonctions de l'image médiatique du SIDA avec la prévention ?

- Par certains aspects le flux médiatique **facilite la prise de conscience** préventive en préparant le terrain : le public a la certitude de la présence effective de la maladie, par le rappel continu dans les médias; l'effet de proximité et de quantité peut aider à se sentir individuellement concerné, dans notre pays et dans divers milieux; le SIDA fait moins l'objet de scandale et se prête moins à une perception exclusive de groupes à risque; le rappel intermittent des caractéristiques de la maladie (modes de transmission et de prévention) produit un rappel des connaissances; les comptes rendus sur les événements de prévention confirment pour leur

part la légitimité et la nécessité de celle-ci, s'adressant à toutes sortes de publics.

- Simultanément l'image du SIDA véhiculée par les médias **contribue à rendre plus difficile** une adaptation efficace des conduites dans le sens de la protection : la presse n'accorde que très peu d'attention à l'idée de risque, et surtout de risque banal (sexuel) dans la population ordinaire, et soutient plus l'intérêt à l'égard des malades; or les malades, parce qu'ils sont malades (sont maintenant malades, versus sont devenus malades), représentent l'altérité, alors que la notion de risque rapprocherait le lecteur de sa propre expérience.
- Dans la perspective de la **solidarité** avec les personnes concernées par le SIDA, les médias ont rapproché le public des malades en limitant l'impression de scandale attaché à cette maladie.
- Cette affirmation ne vaut cependant pas pour la façon de présenter les **toxicomanes**, en insistant sur leurs aspects les plus marginaux et misérables comme s'il s'agissait d'une menace pour la société dans son ensemble. En renforçant maintenant la visibilité de la scène de la consommation, la presse aide à faire reconnaître leur existence. Mais parler de dangerosité non contrôlable comporte un risque élevé de faire des drogués les boucs-émissaires d'un malaise social et les véhicules dangereux de toutes sortes de maux, dont le SIDA.
- Les efforts de prévention peuvent opportunément **exploiter le terrain entretenu par la presse**, notamment en se basant sur ce que l'opinion sait et perçoit de l'épidémie. Il est moins nécessaire de tout expliquer, le mot suffit, on peut se permettre des messages très laconiques et qui font peut-être moins peur.
- Il est en revanche indispensable d'**alimenter la presse** par des dépêches et des dossiers concernant des aspects rarement évoqués, notamment la question du risque personnel et l'adaptation des comportements dans la population.

6.3 La politique du SIDA

6.3.1 Politique fédérale

En Suisse l'année 1988 a été **politiquement calme** quant au problème du SIDA, contrairement à 1986 et 1987, qui ont été marquées notamment par des décisions de financement. Il n'y a pas eu de débat majeur sur le SIDA au Parlement ni d'orientation nouvelle prise par le Conseil fédéral.

C'est donc une année de **continuité**, sans nouveau "concept" (approuvé en 1987) ni nouveau train de crédits (voté en 1987 pour 5 ans); les bases légales sont également acquises par la révision de l'ordonnance sur la déclaration des maladies transmissibles de l'homme en 1987.

La politique SIDA menée par l'OFSP, les experts et les organismes associés a reçu un aval public lors de la conférence de presse du 25 janvier du Conseiller fédéral Cotti et par la participation helvétique au World Summit of Health Ministers on AIDS. La Suisse est consciente d'être pour une fois

concernée comme les autres nations (et même plus) par un problème de santé majeur, et sensible au fait d'être reconnue internationalement comme un bon exemple de politique de lutte contre le SIDA.

L'apparition des politiciens dans la campagne de lutte contre le SIDA est cependant rare et prudente. On les a vus en couverture des annonces sur le thème de la solidarité, en décembre 1988, et cette présence peut certainement contribuer au **consensus social** sur ce thème. La galerie des portraits et les déclarations choisies suggèrent l'unanimité dans la société civile, l'absence de différences entre régions, cultures, religions et orientations politiques face à ce problème.

Cette image sereine de la politique suisse face au SIDA n'est pas contredite par des polémiques entre institutions et querelles partisans, comme c'est le cas dans certains pays voisins. La Suisse a en particulier la chance de n'avoir pas à polémiquer sur ce sujet avec les autorités ecclésiastiques.

L'expression politique du thème de la **solidarité** a cependant été tardive et peut être qualifiée de timide. Typique à ce propos est la décision d'adopter un "profil bas" pour le World AIDS Day. Il n'a pas été agendé comme un événement politique et communicationnel majeur de la campagne STOP-SIDA, ni préparé par une campagne de presse officielle. De la sorte l'accent médiatique principal du 1er décembre a été donné aux programmes de l'OMS et les manifestations publiques de solidarité ont été organisées dans plusieurs villes par les oeuvres privées d'assistance. Plus généralement, l'expression choisie par la campagne "solidarité", au niveau des déclarations de personnalités convaincues, reste à un certain niveau d'abstraction.

La politique de la Confédération en matière de **drogue** est aussi un élément important pour la lutte contre le SIDA, aussi bien en ce qui concerne l'appui à la prévention primaire de la toxicomanie que par les aspects légaux de la prise en charge thérapeutique et de la répression. Sur ces sujets la Confédération s'est montrée très discrète en 1988, du fait de l'effort de conceptualisation pour le "Rapport sur la Drogue" en préparation et de la nature brûlante et controversée du problème.

Ainsi, il n'y a pas eu de réponses publiques aux propositions bernoise et zurichoise de cesser de criminaliser la consommation de drogue "douces". Pas non plus de prise de position nouvelle quant à l'accessibilité du matériel d'injection. La ligne officielle reste à ce sujet la prise de position de la Sous-commission Drogue du 9 sept. 1985⁷⁴, qui concluait que "l'interdiction de remettre du matériel d'injection aux toxicomanes est une mesure inadéquate et même très probablement propre à favoriser la propagation du SIDA" et recommandait "de rechercher les voies et moyens, adaptés à la scène locale de la drogue, pour permettre aux toxicomanes de s'administrer de la drogue dans des conditions de stérilité" et de "promouvoir en même temps l'information des toxicomanes dans les consultations, en traitement ainsi que dans la rue, sur le mode de transmission du (virus VIH)".

Enfin, un seul projet d'intervention de terrain dans une perspective SIDA est soutenu par la Confédération, celui de ZIPP-AIDS à Zurich (voir 5.2.2).

Il ne faut pas oublier toutefois que les institutions cantonales ou privées chargées de programmes d'intervention dans le domaine de la drogue sont largement financées par la Confédération (OFAS et dîme de l'alcool principalement).

⁷⁴ Bull OFSP No 50/1985 et No 4/1986.

Les propositions nouvelles de la Confédération dans ce domaine (révision de la loi sur les stupéfiants, réorientation des actions préventives, d'assistance sociale et thérapeutique) ne seront connues qu'en 1989. Cette retenue s'explique par l'ampleur des divergences politiques et des craintes exprimées sur ces questions. On évoque surtout la peur d'un possible "effet d'entonnoir" en cas de décriminalisation de la consommation, mesure souhaitée par les experts et les milieux professionnels concernés⁷⁵. D'autre part les spécialistes de l'assistance sociale et thérapeutique ne sont pas en mesure de proposer aux autorités fédérales (ou cantonales) une nouvelle orientation de l'action dans ce domaine qui permettrait à coup sûr de dépasser les difficultés et échecs expérimentés jusqu'à aujourd'hui.

La seule mesure généralement acceptée et jugée politiquement urgente dans le domaine de la drogue concerne la répression du blanchiment de l'argent provenant du trafic international des stupéfiants. Elle n'est pas, dans les considérations politiques actuelles, liée à la problématique du SIDA ni à la scène suisse de la toxicomanie.

Quels sont les effets de la politique fédérale sur la prévention du SIDA ?

- La prévention reste le centre de la politique fédérale de lutte contre le SIDA; elle bénéficie d'un support politique incontesté et de moyens abondants; cela facilite notablement la continuité de l'action.
- Les timidités politiques (apparitions rares sur la scène de la lutte contre le SIDA et tardive campagne de solidarité) ne sont pas vraiment perçues par l'opinion et ne produisent pas de contre-effets.
- Cependant on pressent qu'à peu de frais et peu d'efforts supplémentaires (par plus de présence et de préparation médiatique par exemple) et sans risque de contestation majeure (vu l'acceptabilité de la campagne actuelle) une mobilisation politique renforcée aiderait certainement à la force et à l'unité d'action de la prévention du SIDA.
- En revanche l'effacement de la Confédération sur le thème de la drogue, au moins en 1986-1988 (en 1989 cela devrait changer), contribue certainement à l'immobilisme des politiques cantonales dans ce domaine et à l'incertitude des interventions, notamment en ne fixant pas de consignes adaptées à la problématique SIDA.

6.3.2 Politiques cantonales

Le SIDA n'a pas suscité non plus de débat politique majeur en 1988 auprès des autorités cantonales. La responsabilité de l'approche de cette question est considérée comme une affaire d'experts et de fonctionnaires spécialisés, aussi bien pour les aspects cliniques, pour l'éducation préventive que pour la prise en charge des cas. L'action complémentaire des personnes engagées dans l'ASS à titre de volontaires ou de professionnels, considérées souvent comme sérieuses même si à la marge des normes sociales, est diversement reconnue. Leur soutien financier par le budget des cantons a donné matière à quelques polémiques qui relèvent souvent de la méconnaissance du problème.

⁷⁵ Perspectives d'une nouvelle politique en matière de drogues. Dornach, Association Suisse des Intervenants en Toxicomanie / Verein Schweiz. Drogenfachleute, 1986.

Dans 10 cantons et au Lichtenstein les antennes régionales de l'ASS ont cependant obtenu un appui effectif des autorités cantonales, parfois abondant mais parfois très restreint.

A l'exception du canton de Zurich, les cantons n'ont pas établi de conceptions d'ensemble de la prise en charge du problème SIDA sur leur territoire. Il semble que de tels concepts cantonaux pour définir une politique SIDA propre à chaque canton ne sont pas indispensables, d'autant plus que les cantons se réfèrent volontiers au concept de lutte contre le SIDA de la Confédération (avril 1987) qui leur attribue une fonction d'application et de complément par rapport à la stratégie nationale, principalement pour l'éducation des jeunes et la prise en charge des personnes infectées ou malades. Dans la pratique, une répartition du travail et des domaines de compétence existe généralement depuis quelques temps, sous l'autorité des départements des affaires sanitaires.

L'action des cantons, surtout dans les domaines de l'information et de la prévention du SIDA, est souvent portée par l'engagement de quelques **personnalités** au leadership reconnu, des médecins cantonaux, parfois d'autres membres des directions de la santé publique, parfois des cliniciens engagés dans les actions informatives et de conseil. Dans quelques cantons seulement ces personnalités jouissent d'un statut officiel ad hoc (AIDS Stelle), mais le système de milice est plus fréquent.

Des lieux institués d'échange des informations - il existe une "commission SIDA" dans 18 cantons sur 26 - permettent de préciser les orientations de l'action officielle cantonale même en l'absence de références écrites. La coordination cède souvent le pas à une sectorisation des activités entre les différents domaines ou départements : l'instruction publique s'occupe de l'information dans les écoles; les services sociaux se chargent des actions vis-à-vis des toxicomanes, en collaboration ou en conflit avec les autorités de police et la justice; les hôpitaux pratiquent des soins ou des tests de dépistage...

Le principal effort des cantons, jusqu'ici, a été d'assurer l'**information des jeunes scolarisés** par rapport au SIDA et aux possibilités d'éviter l'infection. Cet aspect est décrit à la section 5.2.1.

Le second domaine d'intervention sociale qui est du ressort des cantons concerne la mise en place d'un réseau de **counselling** (Beratung et Betreuung). Il a jusqu'ici peu donné lieu à des programmes explicites (cantonaux) dans la mesure où le besoin n'était pas encore ressenti. Il s'agit là d'un domaine d'intervention limitée pour les cantons, d'autant plus que les personnes volontaires et les professionnels concernés se sont souvent déjà organisés spontanément dans le cadre des antennes régionales de l'ASS. Après une phase d'observation et d'incrédulité, leur coopération avec les services publics s'est améliorée, notamment là où les antennes régionales se sont trouvées débordées par la quantité de demandes d'information, de conseil, de formation et d'accompagnement qu'on leur avait transmises (voir aussi section 5.2.3 sur les processus d'action des antennes régionales de l'ASS).

Si l'information des jeunes scolarisés et l'approche des demandes individuelles par rapport au SIDA se sont progressivement mises en place, l'**intervention** auprès des **toxicomanes**, appropriée à la situation nouvelle amenée par le SIDA, est restée entravée dans la plupart des cantons. L'impasse relative des politiques de prévention et de contrôle de la toxicomanie s'explique par plusieurs facteurs. D'une part l'inefficacité des mesures préventives ou répressives à empêcher qu'une fraction - limitée mais constante - des jeunes continue à entrer dans la dépendance des stupéfiants; d'autre part la difficulté à mettre d'accord les

intervenants spécialisés, les autorités politiques et la justice sur une ligne d'action commune. Aux conflits déjà existants entre orientations et modes d'actions différentes vient s'ajouter maintenant la nécessité d'une démarche de prévention de l'infection VIH qui doit s'adresser aussi aux toxicomanes ne cherchant pas à quitter la drogue. Cela implique de tolérer (dans une certaine mesure) la consommation et d'agir essentiellement sur l'aménagement de comportements que jusqu'ici on cherchait à supprimer. En outre, dans les grandes villes, la scène de la drogue, qui réunit les consommateurs les plus misérables et marginalisés, vivant essentiellement dans la rue, se manifeste de façon toujours plus visible. La présence des drogués, déjà perçue comme dangereuse par la population à cause de la criminalité et du risque d'entraînement potentiel pour certains jeunes, apparaît encore plus menaçante sous l'effet de la misère physique et du SIDA.

Les lignes directrices d'une action de prévention du SIDA dans le milieu de la toxicomanie viennent donc en opposition aux orientations suivies généralement jusqu'ici. Les professionnels et les autorités sanitaires de certains cantons arrivent cependant, sur le papier et partiellement sur le terrain, à un consensus sur les nécessités suivantes :

- entrée en contact avec les drogués
- éducation sanitaire pour les drogués
- conseil et information sexuelle pour les drogués
- traitements substitutifs à la méthadone
- accessibilité gratuite à du matériel d'injection stérile.

Un tel programme exige des interventions "à seuil bas", proches de la scène, des programmes d'information, de secours médicaux et d'aide à la survie. Des actions de ce type n'ont commencé qu'à la fin de 1988 sur la scène zurichoise (programmes ZAGJP et ZIPP-AIDS).

Une démarche assez analogue a inspiré la mise en place depuis 1986, dans le réseau des interventions de la Fondation Contact à Berne, d'un lieu d'accueil pour toxicomanes (Münstergasse 12) et inspire les actions des travailleurs de rue qui animent le projet SprützeHüsli à Bâle (voir 5.2.2).

Ces actions restent en butte à des difficultés majeures dont les principales sont la confrontation fréquente avec les razzias de la police, les protestations du voisinage, les oppositions politiques et les insuffisances de ressources.

Certaines autorités (St Gall et Soleure par exemple) envisagent aussi d'adapter le modèle bernois à leurs conditions locales. Dans d'autres villes ou cantons, il semble hors de question d'entreprendre de telles initiatives, soit que le climat politique et policier ne s'y prête pas, soit que les professionnels n'en jugent pas le besoin manifeste.

Les cantons ont par ailleurs adopté des mesures très variables en ce qui concerne l'accessibilité des seringues (sans ordonnance, sauf dans 2 cantons, mais généralement restreinte aux pharmaciens volontaires), et pour l'application plus ou moins élargie des traitements substitutifs à la méthadone.

Dans leur ensemble, les politiques drogue des cantons sont encore très incertaines et mal adaptées à la nécessité d'une prévention du SIDA.

Un canton, Zurich, a mené l'effort de **conceptualisation** de son programme SIDA et la recherche d'un consensus des experts et des autorités. Il montre l'utilité d'un tel processus de clarification politique pour définir les engagements des autorités et des différents services publics et pour rapprocher des positions divergentes voire extrêmes. Ce concept devrait aider à mettre en oeuvre les moyens en personnel et financement et accroître la coopération interinstitutions.

Le rapport zurichois⁷⁶, rédigé par une commission officielle d'experts, de professeurs, de juges et juristes, aborde les aspects de l'épidémiologie (dans quelle mesure une métropole est-elle plus fortement touchée que le reste du pays ?), les programmes d'information et d'éducation des jeunes, les interventions spécifiques pour les groupes les plus exposés, notamment sur la scène de la drogue, les besoins de personnel et d'infrastructure pour les soins, ainsi que des mesures politiques et juridiques.

Il a été présenté à la presse le 13 novembre 1988 et devrait être prochainement approuvé par le Conseil d'Etat.

Le rapport zurichois a soulevé le débat parce que, après avoir affiché une attitude ouverte et positive pour la prévention et reconnu que des actions répressives ne pourraient amener de résultats probants, il incorpore une liste de mesures autoritaires qui peuvent être appliquées contre des personnes infectées dans des situations extrêmes si on ne peut pas enrayer autrement le risque qu'elles en infectent d'autres. De telles mesures autoritaires n'ont été prévues dans aucun autre canton. En revanche elles ont été concrétisées à Zurich par la condamnation d'une femme se sachant séropositive qui aurait infecté son partenaire.

Quels sont les effets de ces politiques cantonales sur les aspects de prévention ?

- La reconnaissance du leadership fédéral en matière de lutte contre le SIDA et la recherche d'une action cohérente entre les cantons et la Confédération ne peuvent que faciliter la multiplication des efforts de prévention sur l'ensemble du territoire. En effet, aucun canton n'a réagi avec le classique réflexe fédéraliste qui rejette ce qui vient de Berne. Tous ont mis en oeuvre, avec des ressources propres et souvent l'appui de l'OFSP, des programmes d'éducation pour la jeunesse qui s'inscrivent en principe dans la ligne ouverte et positive proposée par la campagne nationale.
- La segmentation des réponses (prévention scolaire, counselling, action sociale, soins, drogue) n'a pas encore eu d'effets contraires sur les programmes de prévention mis en oeuvre. L'insuffisance des ressources des antennes ASS peut en paralyser les efforts attendus.
- En revanche l'immobilisme et/ou les contradictions de la plupart des politiques dans le domaine de la drogue ne peut qu'aggraver le problème de l'infection VIH dans le milieu des toxicomanes et ajouter à la misère des plus marginalisés.
- Enfin, les risques de dérapages autoritaires n'ont pas complètement été écartés et représentent toujours une incitation à faire passer l'infection VIH dans la clandestinité.

6.4 Les années cul / les années coeur

L'épidémie du SIDA est survenue à un moment de l'histoire récente où les attitudes et les comportements en matière de relations affectives semblaient être

⁷⁶ AIDS-Kommission des Kantons Zürich. AIDS-Bericht 1988. Situations-Analyse, Konzepte und Massnahmen. Zürich, 1988.

en train de changer. Cette évolution est souvent décrite comme un retour au couple, à la famille, à l'amour sentimental... après la vague de l'émancipation sexuelle, de la libération de la personne et de l'expression du corps.

Une analyse rétrospective de plusieurs sondages et enquêtes menés en Suisse de 1978 à 1987 permet de jeter quelque lumière sur les tendances mesurables dans ce domaine⁷⁷. Elle peut aussi mettre en évidence des évolutions favorables ou problématiques dans la perspective de la prévention du SIDA, en distinguant les tendances plutôt autonomes et celles attribuables à la confrontation à l'épidémie.

Cette approche doit rester toutefois très prudente dans la mesure où les enquêtes auxquelles il est fait référence ne constituent pas un corpus homogène, quant aux méthodes d'interview et quant aux populations cibles, et que les variables pertinentes ne sont pas nombreuses.

Les enquêtes sur le comportement sexuel⁷⁸ menées respectivement en 1981 et 1987 avec le même questionnaire et sur le même échantillon autorisent leurs commanditaires à qualifier les personnes vivant en Suisse de "plus conservatrices" aujourd'hui qu'il y a 7 ans par rapport à l'amour et à la sexualité. Cette affirmation est certainement excessive.

Les relations sexuelles avant mariage et le concubinage sont socialement acceptés dans les mêmes proportions en 1987 qu'en 1981 et considérés comme des conduites "normales". L'attitude tolérante vis-à-vis de l'homosexualité n'a pas non plus changé. Les aventures sexuelles hors du couple sont certes moins souvent jugées "tout à fait admissibles" et plus souvent "admissibles sous certaines conditions", réponse qui laisse de la place aux sentiments ou au pragmatisme. Même si elle diminue légèrement, la tolérance à l'égard des relations extra-conjugales de l'épouse (47 % en 1981, 40 % en 1987) ou du mari (45 %, 36 %) reste élevée.

Par ailleurs, la proportion des gens mariés diminue graduellement au cours des 6 à 9 dernières années (enquêtes contraception⁷⁹ et comportement sexuel⁸⁰) parmi la population âgée de plus de 16 ans, alors que s'accroît la proportion de ceux qui donnent la préférence à des relations de couple plus informelles, et qui s'exposent de fait à plus de changements de partenaires affectifs et sexuels (ruptures et relations parallèles).

Le changement de partenaires n'est d'ailleurs pas chose rare puisque plus de la moitié des femmes et deux tiers des hommes de 21 à 30 ans ont déjà eu au moins 3 partenaires⁸¹. La mobilité sexuelle élevée (la promiscuité, au sens du vocabulaire sidologique actuel) n'est cependant le fait que de quelques pourcents des adultes (5 % on en eu en 1987 plus de 5 partenaires en une année⁸², 2 % en ont eu plus de 10⁸³). La tendance observée par les sondages montre une réduction de la mobilité au cours des dernières années : de 1981 à 1987 la proportion de ceux qui ont eu plus de 3 partenaires au cours des 12 derniers mois a passé de 20 % à 10 %⁸⁴. Cependant, comme le montrent d'autres questions de ces mêmes

77 Source : Kulturmuster des Partnerschafts- und Sexualverhaltens und AIDS.

78 Enquêtes D & S Zurich 1981 et 1987 sur le comportement sexuel Mandat Schweizer Illustrierte, N= 600 et 900.

79 Enquêtes GfM Hergiswil 1978 et 1987 sur la contraception, N= inconnu et 2053.

80 Enquête D & S Zurich 1987 sur le comportement sexuel.

81 Source : Enquête sur le comportement sexuel des jeunes adultes (17-30 ans). Etude no 2.

82 Enquête MIS Lausanne 1988 sur la prévention du SIDA pour la TV DRS, N=800.

83 Enquête D & S Zurich 1987 sur le comportement sexuel.

84 Enquêtes D & S Zurich 1981 et 1987 sur le comportement sexuel.

enquêtes, les caractéristiques des types de relations ne semblent pas avoir changé, notamment le fait que coexistent des relations "pour la vie", des relations durables ou moins durables, et des relations occasionnelles. La réduction du nombre de partenaires ne conduirait donc pas à une prolongation des relations établies, mais plutôt à des périodes d'abstinence ou de solitude plus longues ou plus fréquentes pour ceux qui sont sexuellement mobiles. Ainsi, de 1978 à 1987 la proportion des femmes de 16 à 24 ans qui n'ont eu aucun rapport sexuel au cours des 6 derniers mois (environ un tiers) aurait légèrement augmenté⁸⁵.

La confrontation au SIDA vient théoriquement mettre en question toute nouvelle relation. Il semble que la différenciation entre les catégories de relations subsiste pour l'essentiel mais tendrait à se ramener à deux classes, celles pour lesquelles il faudrait se protéger contre le risque VIH et celles considérées "sans risques" (parce que le grand amour les protégerait peut-être ?).

Les partenaires se sentent amenés à trancher à chaque fois dans quelle classe de relation ils s'engagent, ce qui est évidemment difficile au tout début car les repères manquent. Il faudrait pouvoir en parler mais les mots simples pour le dire leur manquent. ("Ein Dialog als Problemlösung ist ausgesagt, soziale Abstützungen in Form von Interaktionsmustern aber fehlen"⁸⁶).

Ces tendances, esquissées à partir de quelques sondages réalisés en Suisse au cours des 10 dernières années, laissent l'impression que les gens ne sont pas devenus plus conservateurs en matière de couple et de sexualité, mais se comportent peut-être de façon plutôt plus pragmatique. C'est aussi l'interprétation que les gens eux-mêmes donnent de leur façon d'adapter leurs conduites au risque de SIDA, lorsqu'ils évoquent soit la prudence dans le choix des partenaires, soit l'usage de préservatifs.

Les enquêtes relatives à la contraception donnent également foi à cette notion de pragmatisme. Il s'agit en effet de faire une lecture circonstanciée des taux d'utilisateurs (en l'occurrence d'utilisatrices) de préservatifs : en 1978 15 % et en 1987 11 % des femmes de 16 à 44 ans⁸⁷. Cette petite différence, probablement non statistiquement significative, ne peut pas être considérée comme une tendance à la baisse, et cela pour plusieurs raisons :

- l'évolution dans d'autres pays, où des données annuelles sont disponibles⁸⁸, indique une décroissance de l'usage de préservatifs jusqu'en 1984 suivie d'une reprise, donc une courbe en "U", et non une décline linéaire;
- par ailleurs la population de base sur laquelle on calcule l'usage de préservatifs a connu des changements qui tendraient à restreindre les occasions d'utiliser des préservatifs : périodes d'abstinence sexuelle plus longues ou plus nombreuses chez les jeunes femmes, proportion accrue de femmes de 24 à 35 ans qui ne prennent aucune contraception par désir d'enfant, élévation du taux de stérilisation chirurgicale au dessus de 35 ans.

Ces données laissent penser que l'usage des préservatifs serait devenu plus opportun, plus lié à la mobilité sexuelle. C'est aussi ce que suggère l'usage combiné de préservatifs et d'autres méthodes de contraception (simultanément ou alternativement) par un tiers des utilisatrices de 16 à 24 ans.

⁸⁵ Enquêtes GfM Hergiswil 1978 et 1987 sur la contraception.

⁸⁶ Gerhards J. Was hindert Menschen daran, risikoarmes Sexualverhalten zu praktizieren ? Berlin, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, 1988.

⁸⁷ Enquêtes GfM Hergiswil 1978 et 1987 sur la contraception.

⁸⁸ Citées par GfM 1987.

Par rapport à la prévention du SIDA, les tendances observées en matière de sexualité et de contraception représentent un contexte dont on doit tenir compte :

- Il est plus favorable pour la prévention de tabler sur une attitude pragmatique plutôt que sur une orientation conservatrice : l'exposition au risque d'infection par le VIH est peut-être plus élevée dans un contexte permissif, mais l'adoption raisonnée de modes de comportements protecteurs y est certainement plus aisée.
- Les données analysées montrent par ailleurs que l'exposition au risque est fréquente, surtout par l'établissement de nouvelles relations, alors que la mobilité sexuelle élevée est rare. L'acceptabilité sociale des relations avant ou hors mariage et des amours extra-conjugales fait référence aussi à la qualité des relations et non à la seule émancipation.
- Enfin, l'usage des préservatifs comme moyens de contraception conserve une certaine vogue qu'il vaut la peine de stimuler en parallèle à la protection contre le SIDA.

ANNEXE : BREVE DESCRIPTION DES ETUDES

Etudes de résultats

MARCHE DU PRESERVATIF (Etude no 1, Françoise Dubois-Arber, IUMSP, Lausanne)

Objectifs, variables : Mesure quantitative longitudinale des ventes de préservatifs sur la marché suisse. Evolution structurelle du marché (marques, types et nombre de points de vente). Poursuite de l'étude commencée en 1987, continuation prévue en 1989.

Source des données : Fabricants suisses et représentants en Suisse de marques étrangères de préservatifs (6 entreprises). Chaînes de magasins à grande surface et firmes de distributeurs automatiques (9 entreprises).

Instrument : Relevés mensuels des chiffres de distribution et des points de vente.

ENQUETE SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL DES JEUNES ADULTES (17-30 ANS) (Etude no 2, Peter Zeugin, IPSO, Sozial- und Umfrageforschung, Zurich)

Objectifs, variables : Etude quantitative, représentative et comparable aux études analogues menées en janvier (t0), en octobre 1987 (t1), visant à mesurer la prévalence des comportements sexuels à risque dans la population générale et l'adoption de comportements de protection; mesure répétée après 18 mois de campagne STOP-SIDA (t2). L'étude sera répétée en 1989.

Population enquêtée : Echantillon de 800 en Suisse alémanique et 400 en Suisse romande, choisi dans un échantillon stratifié de communes, tirage au hasard des ménages dans les listes téléphoniques, sélection par quota dans la population cible.

Instrument : Interview téléphonique à partir d'un questionnaire standardisé, questionnaire et méthode identiques à ceux d'octobre 1987 (t1). Analyse statistique par IPSO, données transmises à l'IUMSP sur fichier informatique. Réalisation de l'enquête en septembre-octobre 1988.

LES JEUNES TESSINOIS (Etude no 3, Mauro Di Grazia, Dipartimento delle opere sociali, Bellinzone)

Objectifs, variables : Mesurer les connaissances relatives aux modes de transmission et de protection du SIDA. Saisir les attitudes face à la prévention du SIDA.

Population enquêtée : Jeunes hommes (19 ans) se présentant au recrutement militaire dans le canton du Tessin; env. 1500 en 1987 et en 1988.

Instrument : Questionnaire auto-administré.

LA "ZONE" (Etude no 4, Janine Resplendino, Lausanne)

Objectifs, variables : Enquête exploratoire qualitative dans une population jeune en rupture sur les plans de la famille, de la formation et de l'emploi, du logement, de l'idéologie, sur les connaissances, attitudes, et comportements face au SIDA et leur évolution, sur la réceptivité de ce milieu aux efforts de lutte contre le SIDA, sur les résistances et effets amplificateurs spécifiques.

Population enquêtée : Echantillon ciblé de 30 jeunes (15-25 ans) caractérisés par leur marginalisation et leurs ruptures sur les plans pré-cités, vivant dans la région lausannoise et dans une région moins urbaine (Jura). Recrutement par contacts divers et boule de neige, y compris par des services d'(entr)aide sociale, et par des institutions d'éducation spécialisée. Recherche de la diversité des profils et des situations (dans un milieu lui-même très mouvant et hétérogène). 2/3 garçons et 1/3 filles. Exclusion des toxicomanes qui s'injectent des drogues.

Instrument : Interviews en profondeur (env. 1 heure) à l'aide d'un guide, enregistrées et retranscrites. Identification des modes de vie, systèmes de valeurs, langages, rapports à la santé et au risque, réseaux d'influence et de conseil. L'enquête est actuellement en cours et se terminera au printemps 1989.

LES MIGRANTS (Etude no 5, François Fleury, Lausanne)

Objectifs, variables : Evaluation de la situation de la prévention du SIDA dans deux groupes migrants en Suisse. Identification des conduites sexuelles (à risque ou non), des pratiques de prévention, de la compréhension et de la représentation des maladies sexuellement transmissibles.

Population enquêtée : Hommes migrants, saisonniers et requérants d'asile ou réfugiés, d'origines turque (N=58) et africaine (N=12), vivant en Suisse sans leur famille.

Instrument : Interviews en profondeur guidés par un questionnaire, individuelles ou en groupe, assistées d'un informateur-traducteur, enregistrées et retranscrites.

LES PERSONNELS HOSPITALIERS (Etude no 6, Françoise Dubois-Arber et Dominique Hausser, IUMSP, Lausanne)

Objectifs, variables : Evaluer l'impact des messages relatifs à la lutte contre le SIDA chez le personnel hospitalier. Notamment :

- 1 description des diverses problématiques en relation avec le SIDA (professionnelles et personnelles, préventives et soignantes) auxquelles se confronte le personnel hospitalier (connaissances, attitudes, comportements),
- 2 acceptation des messages et directives de prévention, au plan personnel et au plan professionnel,
- 3 rôle possible de multiplicateur de messages concernant le SIDA.

Population enquêtée : Personnel hospitalier en contact avec des patients : professions médicales, paramédicales soignantes et personnel d'étage, dans des hôpitaux universitaires, cantonaux et régionaux, appartenant à divers services : soins généraux, urgences, salles d'opération et d'accouchement, services en charge des malades du SIDA ou services consultants en matière du SIDA. Echantillon ciblé, formé de 13 groupes de professionnels (6-10 pers.) recrutés dans 9 hôpitaux en Suisse romande et en Suisse alémanique (N=83).

Instrument : Entretiens de groupe complétés par des questionnaires individuels remplis en début et en fin d'entretien.

LES MILITAIRES : Programmes éducatifs dans le contexte de l'armée (Etude no 7, Marie-Claire Mathey et Inge Schröder, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zurich)

Objectifs, variables : Connaître les conditions de faisabilité d'interventions SIDA dans le cadre des écoles de recrues, réalisées par les médecins d'école. Attitudes des recrues face au SIDA, aux campagnes de prévention et notamment acceptabilité / appréciation des interventions effectuées dans le cadre des écoles de recrues.

Population enquêtée : Médecins d'écoles de recrues (médecins diplômés, généralement débutants) : 10. Echantillon de recrues (hommes, 20 ans) : 10 groupes d'une vingtaine de recrues, provenant des 3 régions linguistiques.

Instrument : Interviews des médecins d'écoles. Entretiens de groupe avec les recrues, précédés et suivis de questionnaires individuels. Interviews avec les officiers et sous-officiers des compagnies auxquelles appartiennent les recrues interviewées.

LES SEX-TOURISTES (Etude no 8, Mathias Stricker, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Zurich)

Objectifs, variables : Etablir l'existence et décrire le profil (attitudes, comportements) des personnes voyageant dans le but d'avoir des relations sexuelles. Evaluer la corrélation entre les comportements sexuels (protégés ou à risque) et une infection VIH.

Population enquêtée : Cas : adultes qui s'adressent au centre de vaccination de Zurich et qui paraissent (aux yeux des médecins) susceptibles de courir des risques d'infection VIH par des relations sexuelles durant un voyage à destination tropicale (Afrique, Asie, Amérique latine) N=64. Contrôles : touristes de retour de vacances au Kenya, recrutés lors des vols de retour (charters Balair) N=112.

Instrument : Interview face à face. Tests sérologiques (VIH, malaria, hépatite A, dengue) et examen des selles (parasites) 14 jours et 14 semaines après le retour de voyage.

Etudes de processus

DIFFUSION ET REPERCUSSION DE MESSAGES DE PREVENTION PAR LES MEDIAS (Etude no 9, Brigitte Birchmeier et Jacques-Eric Richard, Département de sociologie de l'Université de Genève. Dominique Hausser, IUMSP, Lausanne)

Objectifs, variables : Gestion d'une base de données ARGUS sur la diffusion d'information rédactionnelle concernant le SIDA dans la presse suisse, écrite et audiovisuelle. Analyse quantitative et qualitative des messages d'information et de prévention concernant le SIDA. Analyse des volumes de diffusion des informations écrites et des taux de pénétration des émissions et spots publicitaires TV relatifs au SIDA. Identification d'éventuelles hyperréactions sociales apparaissant par le biais des articles de presse. Poursuite de l'étude SIDA-MEDIA entreprise en 1987. L'étude continuera en 1989.

Source des données : Découpage systématique des articles relatifs au SIDA dans la presse écrite suisse et relevé des émissions radio et TV par ARGUS AG, Zurich. Taux d'écoute TV établis par la SSR (Télécontrôle).

Instrument : Lecture systématique des articles, saisie sur base de données à l'aide d'une grille de lecture.

POLITIQUES ET STRATEGIES CANTONALES DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE SIDA (Etude no 10, Marie-Claire Mathey et Inge Schröder, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zurich)

Objectifs, variables : Caractériser l'établissement et l'institutionnalisation de la prévention du SIDA au niveau cantonal dans une perspective d'analyse décisionnelle. Définition des stratégies et de leurs objectifs, orientation des actions dans les secteurs sanitaire et social, application et efficacité des programmes. Coopération entre programmes officiels et action des organisations volontaires ou privées. Poursuite de l'étude commencée en 1987.

Population enquêtée : Développements observés dans 9 cantons : Zurich, Berne, Vaud, Genève (déjà observés en 1987), Bâle-Ville, St-Gall, Lucerne, Fribourg, Grisons. Analyse secondaire de documentation pour quelques tendances dans l'ensemble des cantons.

Instruments : Enquête écrite ou orale auprès de 30-40 responsables ou informateurs dans 9 cantons.

PROGRAMMES SCOLAIRES (Etude no 11, Rainer Hornung, H. Wydler, A. Deventer, A. Tschopp, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Zurich, B. Mayer, Amt für Unterrichtsforschung und -planung des Kantons Bern, M.-C. Hofner, Ecole d'études sociales et pédagogiques, Lausanne, Ch. Gagnebin, La Neuveville)

Coopération avec la Conférence des Directeurs de l'Instruction Publique et avec le Groupe de travail AIDS und Schule de l'Office fédéral de la santé publique.

Objectifs, variables : Analyser les processus de réalisation des programmes d'information et d'éducation sur le SIDA dans les écoles. Mesurer les résultats des actions SIDA dans le milieu scolaire par des données concernant les connaissances et les attitudes des élèves. Evaluation du matériel pédagogique utilisé dans les programmes scolaires d'information et de prévention du SIDA.

Population enquêtée : Elèves et enseignants des écoles secondaires zurichoises, bernoises, bâloises, et de tout autre canton entrant dans le processus d'évaluation. Matériel d'information mis à disposition des écoles dans l'ensemble des cantons suisses, réuni par l'intermédiaire du CESDOC (Centre de documentation en matière d'enseignement et d'éducation) à Genève.

Instruments : (Zurich, Berne) Questionnaire (ou interviews) pour les formateurs (35) des programmes SIDA. Questionnaire (ou interviews) pour les enseignants, concernant les expériences vécues et appréciations relatives aux programmes SIDA. Interviews de quelques directeurs d'écoles. Questionnaire pour les élèves de 30 classes.

(Bâle-Ville) Questionnaire aux élèves et apprentis, avant et après les programmes éducatifs. Questionnaire aux enseignants.

(Matériels pédagogiques) Questionnaire aux autorités scolaires des cantons. Analyse de contenu des documents réunis au CESDOC à Genève.

PROGRAMMES D'INTERVENTION PILOTES POUR LES TOXICOMANES (Etude no 12, Chris Spreyermann, Stiftung Contact, Berne, Mark Flückiger, Schwarzer Peter et AIDS Hilfe, Bâle)

Objectifs, variables : Etude exploratoire et d'accompagnement des programmes d'intervention pour toxicomanes fondés sur l'action de rue ou proches de la scène de la drogue, agissant dans le sens d'une aide à la survie et à la vie quotidienne des drogués, notamment par distribution, échange, stérilisation de matériel d'injection, et par des informations et conseils SIDA. Recherche des conditions de réalisation de tels programmes à Berne (Münstergasse 12, Stiftung Contact), Bâle (Schwarzer Peter et AIDS Hilfe) et à Zurich (ZIPP-AIDS). Analyse des clientèles qui y recourent et des effets observables auprès de ces clientèles. L'étude est en cours et se poursuivra en 1989.

Population enquêtée : Milieu toxicomane non intégré dans les services d'aide, de conseil, de désintoxication; 3 programmes d'intervention pour toxicomanes; Environnement politique, institutionnel, social, etc. de ces programmes.

Instruments : Observation participante, relevés d'activité, interviews d'utilisateurs.

LES EDUCATEURS ET ASSISTANTS SOCIAUX (Etude no 13, Blaise Duvanel et Hughes Wülser, La Chaux-de-Fonds)

Objectifs, variables : Evaluer l'impact de l'épidémie SIDA et de la lutte contre le SIDA dans une catégorie de travailleurs en contact avec les problèmes des jeunes. Notamment :

1. l'intégration des messages préventifs dans la pratique professionnelle,
2. la confrontation à l'épidémie (séropositifs et malades),
3. l'effet des conflits de rôles (discours professionnels et pratiques personnelles),
4. les demandes de formation/conseil spécifiques.

Population enquêtée : Travailleurs (assistants sociaux, éducateurs, animateurs, paramédicaux, psychologues...) des institutions ambulatoires spécialisées en toxicomanie, des services de tutelle des mineurs et de protection sociale de la jeunesse, des foyers d'accueil pour jeunes adultes et des institutions pour jeunes "en rupture". L'enquête s'adresse aux équipes professionnelles (collectivement) de l'ensemble des institutions mentionnées ci-dessus en Suisse (environ 250).

Instrument : Questionnaire écrit, autoadministré, envoyé par poste. Une quinzaine d'interviews (collectives et individuelles) de complément, précision et confirmation.

LES MEDECINS PRATICIENS (Etude no 14, Jean-Blaise Masur, Veyrier-Genève)

Objectifs, variables : Formation des médecins praticiens concernant le SIDA et besoins de formation. Contenu des informations et conseils diffusés par les périodiques médicaux suisses. Populations s'adressant aux médecins praticiens pour des questions SIDA. Attitudes et pratiques d'intervention des médecins en matière de SIDA (counselling : information, prévention, accompagnement et prise en charge de séropositifs et malades).

Population enquêtée : Une trentaine de médecins praticiens, généralistes ou internistes, dont 5 avec une importante clientèle d'homosexuels et 5 une activité importante de distribution de méthadone, répartis dans l'ensemble de la Suisse.

Instrument : Entretien semi-dirigé, enregistré, selon une approche de type balintienne / maïeutique, mettant le médecin "dans une position de pédagogue" par rapport à l'enquêteur.

SERVICES DE TEST VIH (Etude no 15, Jean-Blaise Masur, Veyrier-Genève)

Objectifs, variables : Evaluer les processus mis en oeuvre lors de l'accueil et de la prise en charge des usagers, avant et après le test. Evaluer l'offre des centres en matière de connaissances pour les usagers. Caractériser les clientèles des centres (volume et typologie).

Population enquêtée : Centres de test, soit tous les lieux où l'on peut obtenir un test VIH, ceci de manière anonyme ou non, envoyé ou non par un médecin. Echantillon de 18 centres en Suisse romande, 10 en Suisse alémanique.

Instruments : Visite des centres, observation, questionnaire et entretien avec le personnel.

PROGRAMMES DE FORMATION D'INTERVENANTS DANS LE DOMAINE DU SIDA (Etude no 16, Dominique Hausser, IUMSP, Lausanne, Madeleine Ruedi et Jean-Marc Noyer, Centre médico-social Pro Familia, Lausanne)

Objectifs, variables : L'organisation des séminaires répond-elle à une demande ? Les objectifs et le contenu des séminaires répondent-ils aux besoins professionnels des participants ? Ces séminaires ont-ils un effet de renforcement de l'action de prévention ?

Population enquêtée : Séminaires (type 2, 3 et 4) organisés par le Centre médico-social Pro Familia, ouverts à tous les professionnels intéressés de Suisse romande et du Tessin.

Instrument : Analyse de la clientèle. Analyse des objectifs, des contenus, des outils pédagogiques des séminaires. Questionnaires remplis par les participants à l'issue des séminaires et commentaires écrits des animateurs. Observation participante (modules 2) et observation animation (modules 4)

ETUDES DES PROCESSUS DE FEED-BACK (Etude no 17, Peter Zeugin, IPSO; Sozial- und Umfrageforschung, Zurich)

Objectifs, variables : Mesure de l'influence de l'évaluation sur les décisions en matière de lutte contre le SIDA.

Population enquêtée : Responsables de la politique SIDA à L'Office fédéral de la santé publique (y compris Kreativ Team), Département fédéral de l'Intérieur, Conférence des directeurs cantonaux de la santé publique, Aide Suisse contre le SIDA. En tout 10-15 personnes.

Instrument : Interviews avec liste de thèmes.

Etudes d'environnement

EVOLUTION DES COMPORTEMENTS SEXUELS, MODELES CULTURELS (Etude no 18, Inge Schröder et Marie-Claire Mathey, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zurich)

Objectifs, variables : Etude de l'évolution récente des modèles de comportement en matière de sexualité et de formation des couples, afin de connaître les facteurs d'évolution indépendants de l'épidémie SIDA et de savoir s'ils jouent un rôle favorable ou non à l'atteinte des buts de la lutte contre de nouvelles infections VIH.

Instrument : Analyse secondaire de résultats de sondages et de littérature scientifique relatifs aux valeurs, attitudes et comportements. Essentiellement données recueillies en Suisse au cours des 5 dernières années.

Source des informations : Sondages effectués en Suisse. Littérature spécialisée, sociologique et sexologique.

IMAGE DU SIDA DANS LES MEDIAS (Etude no 19, Brigitte Birchmeier et Jacques-Eric Richard, Département de sociologie de l'Université de Genève)

Objectifs, variables : Construction d'un modèle de l'image du SIDA telle qu'elle est diffusée par la presse écrite.

Sources des informations : Articles relatifs au SIDA dans la presse écrite suisse rassemblés par ARGUS AG, Zürich.

IMAGE DES PRESERVATIFS (Etude no 20, Monique Weber-Jobé et Dominique de Vargas, Centre médico-social Pro Familia, Lausanne, Philippe Lehmann, IUMSP, Lausanne)

Objectifs, variables : Connaître les réactions exprimées à propos (de l'usage) des préservatifs dans le cadre des interventions scolaires d'éducation sexuelle et des consultations de planning familial, pour mieux connaître l'acceptabilité et les résistances, dans les problématiques SIDA et contraception.

Population enquêtée : Animatrices/teurs en éducation sexuelle et conseillères/ers en planning familial. Elèves des classes de 4ème, 6ème, 8ème années, apprentis et autres jeunes scolarisés dans le canton de Vaud. Consultants des plannings familiaux de Lausanne et Renens.

Instrument : Carnets de relevé des animatrices et conseillères, interviews de groupe de restitution.

CAHIERS DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION

- 1 s.1 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Analyse de la dotation en lits par groupes diagnostiques : exemple du service d'obstétrique dans les hôpitaux de zone. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 15 p.
- 1 s.2 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de la dotation en lits par groupes diagnostiques et par classes d'âges : hôpitaux de zone, 1990-2010 (version provisoire). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 41 p.
(Remplacé par Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.5)
- 1 s.3 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 13. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1985, 13 p.
- 1 s.4 Grimm R., Paccaud F. - SIMULIT. Un modèle de simulation pour l'analyse et la planification de l'activité hospitalière. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
- 1 s.5 Paccaud F., Grimm R., Gutzwiller F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : hôpitaux de zone, 1990-2010. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 53 p.
(Remplace Cah Rech Doc IUMSP no 1 s.2)
- 1 s.6 Paccaud F., Eggimann B. - Groupes diagnostiques utilisés sur SIMULIT 14 (adaptation CHUV, 1ère révision). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 12 p.
- 1 s.7 Grimm R., Koehn V., Paccaud F. - Projections de l'utilisation des lits dans le canton de Vaud : CHUV, 1990 - 2010. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 34 p.
- 1 s.8 Grimm R., Koehn V., Paccaud F. - SIMULIT : Description du modèle de simulation. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 12 p.
- 1 s.9 Grimm R., Koehn V. - SIMULIT : Manuel de l'utilisateur. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 48 p.
2. Eggimann B., Gutzwiller F. - Listériose : étude cas témoins en Suisse romande hiver 1984-85. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 15 p.
3. ROB 1. 2. 3. etc. (ROBETH) : Rapports techniques et documentation relatifs au progiciel d'analyse statistique robuste ROBETH-ROBSYS. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
4. Levi F. - Survie en cas de cancer dans le canton de Vaud. Rapport statistique descriptif. Cas incidents 1974-1980. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 67 p.
5. Paccaud F., Schenker L., Patel M., Grimm R. - Etude Case Mix : une étude intercantonale des clientèles hospitalières (protocole de l'étude). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 22 p.
6. Eggimann B., Paccaud F., Gutzwiller F. - Utilisation de la coronarographie dans la population résidente en Suisse. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 29 p.

7. Hausser D., Lehmann Ph., Gutzwiller F., Burnand B., Rickenbach M. - Evaluation de l'impact de la brochure tous ménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 82 p.
8. Rickenbach M., Wietlisbach V., Berode M., Guillemin M. - La Plombémie en Suisse en 1985 : résultats de l'enquête MONICA pour les cantons de Vaud et Fribourg. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 26 p. + annexes.
9. Patel M., Burnand B., Rickenbach M., Hausser D., Gutzwiller F. - Modification du style de vie, une alternative au traitement pharmacologique lors d'hypertension modérée. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 28 p.
10. Chrzanowski R.S. - Microcomputer Model of Diffusion of New Medical Technologies. Project presented to the Faculty of the University of Texas Health Science Center at Houston, School of Public Health, in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Public Health. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986, 89 p. + annexes.
11. Scheder P.-A., Junod B. - Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et types de boissons alcooliques. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 38 p.
12. Huguenin M., Paccaud F., Gutzwiller F. - Recensement des patients dans les hôpitaux, cliniques, établissements spécialisés et homes valaisans : résultats d'une enquête en 1985. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 83 p. + annexes.
13. Van der Loos M.C. - Prévention de l'ostéoporose post-ménopausique par l'hormonothérapie substitutive : éléments d'analyse coût-bénéfice. (Th. Méd. Lausanne. 1986). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 127 p.
14. Egli Y., Grimm R., Paccaud F. - Transcodage des codes opératoires et diagnostiques VESKA (Version 1979) en codes ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 53 p.
15. Gutzwiller F., Glasser J.H., Chrzanowski R., Paccaud F., Patel M. (Eds.) - Evaluation des technologies médicales. Assessment of medical technologies. Travaux présentés pendant le Congrès TEKMED 87. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 165 p.
- 16s.1 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole d'évaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 20 p. + annexes.
- 16s.2 Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 1987-1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 102 p.
17. Dubois-Arber F., Paccaud F., Gutzwiller F. - Epidémiologie de la stérilité. Démographie de la fécondité en Suisse. Revue des enquêtes de prévalence publiées. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 42 p.
18. Scheder P.-A. - Des usagers de médecines alternatives racontent (itinéraires thérapeutiques et conception de la santé). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 45 p.
19. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. (Rapport intermédiaire, juillet 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 39 p.
20. Egli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des diagnostics : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 104 p.

21. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Table de transcodage des opérations : VESKA (version 1979) - ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 66 p.
22. Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Adaptation du "Grouper" aux statistiques médicales VESKA (1980-1986). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1987, 9 p.
23. Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse. Décembre 1987. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 96 p.
24. Rohrer M.H. - La prévalence des douleurs du dos et de ses facteurs de risque chez les citoyens suisses convoqués à leur recrutement en Suisse romande en 1985. (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 51 p.
25. Grimm R., Eggli Y., Koehn V. - Programmes informatiques permettant l'adaptation des DRG aux statistiques médicales VESKA. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 19 p.
26. Klinke S., Paccaud F. - Sondage pilote concernant la fréquentation d'une unité mobile de mammographie (projet de rapport). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 8 p.
27. Lehmann Ph., Hausser D., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. - Protocole scientifique et programme de travail pour l'exercice avril 1988 - mars 1989 de l'évaluation des campagnes suisses de lutte contre le SIDA. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 56 p.
28. Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Rapport intermédiaire. Juillet 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 28 p.
29. Trisconi Y. - Etude de validation du "Michigan Alcoholism Screening Test" (MAST) en langue française. (Th. Méd. Lausanne, 1988). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 43 p.
30. Koehn V., Eggli Y., Grimm R., Paccaud F. - Définition des groupes cliniques utilisés sur SIMULIT 15. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 18 p.
31. Patel M., Blanc T., Schenker L. - Méthodologie pour le calcul des coûts par DRG (Juin 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 21 p. + annexes.
32. Santos-Eggiman B., Paccaud F. - Mortinatalité, mortalité infantile et hospitalisations pédiatriques dans le canton de Vaud. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 36 p. + annexe.
33. Fekete A., Eggli Y., Paccaud F. - Complément de table de transcodage des opérations : VESKA (version 1986) - ICD-9-CM. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 24 p.
34. Eggli Y., Koehn V., Paccaud F. - Distributions des durées de séjour par Diagnosis Related Groups. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 117 p.
35. Eggli Y., Jacquier M., Schenker L. - Pratiques comptables des hôpitaux et faisabilité d'un calcul de coûts basés sur les Diagnosis Related Groups. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 51 p.
36. Equipe Case Mix. - Liste des Diagnosis Related Groups et hiérarchie des interventions chirurgicales par MDC. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 22 p.
37. Santos-Eggimann B., Paccaud F. - Mortinatalité et mortalité infantile dans le canton du Valais. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 27 p.

38. Hausser D. - Protéger la main au travail : une exposition itinérante ou l'utilisation d'un moyen de communication dans les actions de prévention (Th. Méd. Lausanne, 1987). - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988, 74 p.
39. Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. (Deuxième rapport de synthèse). Décembre 1988. - Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989, 102 p.