



DÉPARTEMENT DE L'INTÉRIEUR ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

EVALUATION DES CAMPAGNES
DE PREVENTION CONTRE LE SIDA
EN SUISSE

SUR MANDAT DE L'OFFICE
FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

(RAPPORT DE SYNTHÈSE)

DECEMBRE 1987

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

Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

avec la collaboration de:
Blaise Duvanel, Felix Gurtner, Mauro di Grazia, Jean-Blaise Masur,
Marie-Claire Mathey, Inge Schroeder, Mathias Stricker, Hughes Wülser, Peter Zeugin

Cah Rech Doc IUMSP no 23

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 : 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. 1988, 96 p. -
(Cah Rech Doc IUMSP, no 23)*

TABLE DES MATIERES

1. RESUME ET CONCLUSION	4
1.1 Résultats de l'évaluation en 1987	5
1.1.1 Processus d'influence	5
1.1.2 Changements d'attitudes, changements de comportements	6
1.2 Conclusions	7
 KURZFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	 9
 RIASSUNTO E CONCLUSIONI	 14
 SUMMARY AND CONCLUSIONS	 19
 2. RECOMMANDATIONS	 23
2.1 Sur le plan général	23
2.2 Pour des groupes particuliers	26
 EMPFEHLUNGEN	 29
 3. INTRODUCTION	 35
3.1 Etudes de résultats	41
3.2 Etudes de processus	44
3.3 Généralisations et zones d'incertitude	45
3.4 Remerciements	46
 4. CHANGEMENTS EN COURS DANS LA POPULATION SUISSE	 47
4.1 Les connaissances essentielles sont acquises	47
4.2 De plus en plus de gens se sentent concernés	49
4.3 Les attitudes face au SIDA et à la prévention évoluent rapidement et induisent des comportements divers	51
4.4 Pas de stigmatisation de groupe, mais quelques réactions individuelles de rejet	54
4.5 Les comportements commencent à changer	55
4.5.1 Les adolescents (apprentis)	58

4.5.2 Les dragueurs hétérosexuels	59
4.5.3 Les toxicomanes	61
4.5.4 Les homosexuels	61
4.5.5 Les sex-touristes	63
4.6 Les messages de prévention sont repris et adaptés dans le cadre d'une gestion individuelle du risque	63
4.7 Déclencheurs, résistances	65
4.8 La signification et l'utilité du test de dépistage des anticorps VIH sont encore mal connues	66
5. PROCESSUS DE CAMPAGNES ET DE MULTIPLICATIONS	69
5.1 Par sa diffusion, la campagne STOP-SIDA a atteint la population	69
5.2 La campagne a été répercutée par les médias	73
5.3 L'accueil politique et social est généralement favorable	77
5.4 Les leaders informels jouent, parfois timidement, leur rôle de transmetteurs	79
5.5 L'action s'est aussi déroulées dans les cantons	80
5.6 Les influences entre pairs	82
6. EFFICACITE DE LA CAMPAGNE DE PREVENTION STOP-SIDA	84
6.1 Arguments qui parlent en faveur de l'efficacité de la campagne STOP-SIDA (relation de cause à effet)	86
6.2 Arguments qui montrent que l'efficacité de la campagne STOP- SIDA exige l'action d'autres intervenants	87
6.3 Manques et faiblesses de la campagne STOP-SIDA	87
6.4 Bilan d'ensemble: la campagne STOP-SIDA est efficace	89
7. ANNEXE METHODOLOGIQUE	90
7.1 But de l'évaluation	90
7.2 Hypothèses de recherche	91
7.3 Définitions des variables	91
7.4 Biais dans les approches quantitatives	92
7.4.1 Le marché du préservatif	92
7.4.2 Connaissances et comportements chez les jeunes adultes de 17 à 30 ans	93
7.4.3 Comportements à risque chez la clientèle célibataire de médecins participant au programme Sentinella	93
7.4.4 Connaissances en matière de SIDA chez des jeunes Tessinois âgés de 19 ans (interrogés lors du recrutement)	93
7.5 Biais dans les approches qualitatives	94
7.6 Homogénéité de la variable indépendante	94
7.7 Contrôle des différents biais	95
7.8 Conclusions et propositions méthodologiques	95

Ce rapport sera complété par les rapports finals de chaque étude partielle, édités dans la même série en février 1988.

1. RESUME ET CONCLUSION

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de procéder à l'évaluation de la campagne de prévention STOP-SIDA. En effet, la diffusion large de messages de prévention ne garantit pas en elle-même leur acceptation par la population, encore moins l'adoption de comportements sans risque.

L'évaluation a plusieurs objectifs:

- mesurer le degré de réalisation des buts de la campagne,
- contribuer à son succès en permettant des ajustements par la détection de résistances ou d'effets amplificateurs.

Le groupe d'évaluation s'engage en effet à fournir tous les 6 à 7 mois ses résultats à l'OFSP, au "Kreativ Team" de la campagne STOP SIDA ainsi qu'à tous les intervenants intéressés.

La méthode d'évaluation considère les modifications des comportements à travers les influences réciproques de facteurs internes à la campagne (forme du message, diffusion, pertinence du contenu, légitimité de l'émetteur, répétitions) et de facteurs environnementaux (accessibilité aux médias, résonances sociales, renforcement par les pairs, idées, craintes ou tabous dominants...).

Le protocole d'évaluation comprend 13 études orientées vers des éléments de processus (diffusion et multiplication de la campagne) et de résultats (changement d'attitudes et de comportements, utilisation des préservatifs). Plus de 5500 personnes ont été interviewées dans le cadre de cette recherche.

Etudes de résultats

1. Marché du préservatif
2. 17-30 ans
3. Sentinella
4. Jeunes Tessinois

5. Adolescents
6. Dragueurs
7. Homosexuels
8. Toxicomanes
9. Sex-touristes

Etudes de processus

10. Diffusion
 11. Argus/Media
 12. Leaders informels
 13. Cantons.
-

La modification des comportements (variable dépendante) est mesurée par la variation du chiffre de vente des préservatifs, l'évolution du nombre de partenaires et de l'usage de préservatifs dans la population, les modalités et motivations de ces changements étant analysées par des études qualitatives ciblées. Elle dépend donc de la somme des actions de prévention: campagne STOP-SIDA et actions entreprises par les multiplicateurs stimulés directement ou non par l'OFSP (variable d'intervention).

1.1 Résultats de l'évaluation en 1987

1.1.1 Processus d'influence

La conférence de presse qui lançait la campagne STOP-SIDA au début du mois de février 1987 a été retransmise par tous les médias sur l'ensemble du pays. Les messages de prévention donnent lieu à des réactions d'ensemble positives, avec certaines réserves émanant des milieux ecclésiastiques qui souhaitent des recommandations au contenu plus éthique. Ils soulignent cependant la nette répartition des rôles entre autorités politiques et religieuses en reconnaissant que certaines dimensions éthiques ou morales de la prévention du SIDA ressortissent bien de leur propre domaine d'influence et non de celui de l'Etat. Par ailleurs, la presse assure une diffusion continue de messages sur le thème du SIDA allant de nouvelles très fragmentaires à des dossiers rappelant les faits et les conseils principaux concernant la maladie.

La diffusion de messages de prévention sous toutes leurs formes a atteint l'ensemble de la population à de nombreuses reprises.

Les leaders d'opinion informels (parents, enseignants, médecins, ecclésiastiques) approuvent la campagne en regrettant parfois son aspect par trop technique (référence au préservatif) et dépourvu de dimension émotionnelle. Ils se disent prêts à répondre à des demandes d'information, d'aide ou de conseils de la part de jeunes sans aller jusqu'à prendre des initiatives eux-mêmes dans ce sens.

Tous les gens interrogés ont remarqué la campagne, particulièrement les affiches, et seule une infime minorité d'entre eux s'estiment choqués par la forme ou par le contenu des messages. L'affiche ayant pour thème la fidélité (thème ajouté lors de la deuxième vague de messages publicitaires en mai 1987) avec le slogan "reste fidèle" associé à l'image de l'alliance, suscite des réactions négatives de la part de personnes qui lui trouvent un contenu trop moralisateur ou qui, comme les homosexuels, ne peuvent s'identifier à ce symbole du mariage.

L'utilité de la campagne de prévention est généralement reconnue et la crédibilité des émetteurs, l'OFSP et l'Aide Suisse contre le SIDA (ASS), n'est pas mise en doute. La campagne est mieux accueillie si elle est en outre reprise par des émetteurs locaux ou spécifiques.

1.1.2 Changements d'attitudes, changements de comportements

L'enquête téléphonique menée auprès d'un échantillon représentatif de 1200 jeunes de 17 à 30 ans avant le lancement de la campagne a révélé que 18 % d'entre eux avaient eu des relations sexuelles occasionnelles, en dehors d'une relation stable, dans les 6 mois précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, 67 % n'utilisaient jamais de préservatifs, 25 % de temps en temps, 8 % toujours.

8 mois après le début de la campagne, une enquête identique montre que 14 % ont eu des relations sexuelles occasionnelles pendant les 6 derniers mois et l'usage du préservatif a augmenté chez eux: 38 % n'en emploient jamais, 45 % de temps en temps, 17 % toujours. L'augmentation de l'usage des préservatifs est statistiquement significative.

Les enquêtes qualitatives menées dans les différents groupes sociaux choisis dans le cadre de cette évaluation permettent de déceler de nombreux changements d'attitudes par rapport au SIDA et la manière de s'en protéger. On constate un affaiblissement des tabous sur la sexualité et les pratiques sexuelles. Le message préventif (usage du préservatif, non-échange de seringues, fidélité) a été accepté comme pertinent.

De nombreux changements de comportement sont rapportés par les personnes interviewées. Ces changements vont dans le sens de l'utilisation de préservatifs mais aussi d'adoption d'autres comportements de safer-sex (diminution du nombre de partenaires, pratiques érotiques sans pénétration, fidélité mutuelle). Les individus adaptent les messages de prévention à leur situation personnelle, commencent à gérer leur propre risque.

Un peu moins de la moitié des jeunes interrogés parmi ceux qui ont eu des contacts sexuels, a déjà l'expérience des préservatifs. On rencontre dans ce groupe d'autres démarches, comme celle d'évaluer le risque d'après "l'histoire sexuelle" des partenaires. Des changements sont donc en train de se produire et on peut espérer qu'ils deviendront rapidement partie intégrante du "style de vie" de ce groupe.

Les dragueurs ont encore de la difficulté à admettre qu'ils courent des risques. Cependant une partie d'entre eux est aussi en train d'adopter le préservatif (malgré de grandes résistances à son usage) ou des comportements sexuels sans pénétration.

Les comportements à risque sont encore très répandus chez les toxicomanes, particulièrement les comportements sexuels à risque. L'échange de seringues paraît avoir diminué, mais persiste si la marchandise est présente et que le matériel personnel d'injection manque. Les messages préventifs passent mal et l'intervention dans ce milieu doit être repensée.

Les homosexuels, dans leur majorité, disent avoir changé quelque chose à leur vie sexuelle. Ces changements ont commencé depuis plusieurs années suite aux campagnes spécifiques menées dans le milieu mais aussi à cause de la proximité du SIDA. Les changements rapportés (usage de préservatif, abandon de certaines pratiques...) semblent avoir touché toutes les catégories d'homosexuels et tous les lieux de drague. Le préservatif est bien accepté, d'autant mieux que la diversité des pratiques sexuelles permet des adaptations individuelles. On peut mettre en évidence des risques courus chez environ 20 % des homosexuels interrogés, souvent ces risques existent à titre d'exception.

Ces changements peuvent être liés aux données de distribution des préservatifs: durant les 9 premiers mois de 1987, la mise sur le marché de préservatifs a augmenté de 60 % par rapport à la moyenne de 1986 calculée sur 9 mois. Une modification de la structure du marché a eu lieu avec une augmentation de la vente par les magasins à grande surface et l'apparition d'autres modes de vente.

Il existe peu de réactions d'ostracisme de la part de la société envers les groupes exposés au risque de SIDA, les séropositifs ou les malades. En revanche des réactions de rejet peuvent apparaître au niveau individuel.

On observe aussi des phénomènes de résistance aux changements de comportement. Ils peuvent souvent être liés à la non-perception du risque pour soi. Le risque de contamination est encore souvent associé à des groupes et non à des comportements: "le SIDA se rencontre seulement chez les homosexuels ou les toxicomanes". La fidélité chez les adolescents a un sens d'exclusivité plutôt que de durée: ils ne se sentent donc pas infidèles et sous-estiment l'existence d'un risque pour eux-mêmes lorsqu'ils abordent une nouvelle relation.

La non-adoption de comportements protégés peut enfin être liée à des effets de brouillage: les informations contradictoires ou discordantes venant de la presse ou portées par la rumeur conduisent au désarroi et à la peur.

1.2 Conclusions

Les conclusions que l'on peut tirer après dix mois d'une campagne de prévention intensive, sont les suivantes:

- **la campagne a atteint sa cible, la population générale et les groupes exposés, après une bonne diffusion et amplification par les médias;**
- **elle n'a pas donné lieu à l'expression de fortes résistances ou d'oppositions;**

- **des phénomènes multiplicateurs (actions locales, répercussions par les leaders de groupes, etc.) sont apparus et contribuent à renforcer la campagne elle-même;**
- **la vente des préservatifs a augmenté;**
- **on observe des changements d'attitudes et de comportements dans le sens d'une meilleure protection dans la population générale aussi bien que dans les groupes observés, choisis spécifiquement pour leur probabilité plus grande d'adopter des comportements à risque (jeunes, homosexuels, toxicomanes...), ce qui permet de supposer que ces tendances se généraliseront, pour autant que les campagnes se poursuivent sans relâche et sans dérapage.**

KURZFASSUNG UND SCHLUSSEFOLGERUNGEN

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne (IUMSP) wurde vom Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) beauftragt, die Auswirkungen der STOP-AIDS Kampagne zu evaluieren. In der Tat kann allein die weite Verbreitung von Präventivbotschaften noch nicht sicher stellen, dass diese von der Bevölkerung nicht nur akzeptiert, sondern auch in Verhaltensveränderungen umgesetzt werden. Deshalb müssen sowohl Vorgehen ("Prozess"), als auch Ergebnisse einer derartigen Kampagne sorgfältig evaluiert werden.

Die Evaluation der STOP-AIDS Kampagne hat folgende Ziele:

- Messung des Zielerreichungsgrades der Kampagne,
- Beitrag zur laufenden Anpassung der Kampagne an neue Gegebenheiten (Widerstände, Ausweitungsmöglichkeiten).

Die Evaluationsmethodik versucht, allenfalls vorhandene Verhaltensänderungen auf dem Hintergrund des komplizierten Zusammenhangs zwischen der Kampagne selber (Art und Inhalt der Botschaften, Streudichte, Legitimität des "Senders") und dem sozialen Umfeld (Zugang zu Medien, Reaktionen verschiedener sozialer Gruppen, Verstärkung durch Meinungsbildner, Aengste oder Tabus, u.s.w.) zu verstehen.

Das Konzept der Evaluation umfasst 13 verschiedene Studien, welche die verschiedenen Teilaspekte des Präventivprogrammes (Art der Kampagne, Streuweite, Multiplikationen) sowie der eigentlichen Ergebnisse (Einstellungs- und Verhaltensänderungen, Benutzung von Präservativen) untersuchen.

Ergebnisse Studien

1. Präservativmarkt
2. Umfrage bei 17-30 Jährigen
3. Sentinella (BAG)
4. Junge Tessiner

5. Jugendliche
6. Auf-Reisser
7. Homosexuelle
8. Drogenabhängige
9. Sex-Touristen

Prozess Studien

10. Streuweite (Kampagne)
 11. Presse-Argus / Medien
 12. Informelle Meinungsbildner
 13. Kantone
-

Die Aenderung des Verhaltens (abhängige Variable) wird durch Veränderungen des Präservativ-Verkaufes, sowie der Anzahl Partner und des Präservativgebrauches in der jüngeren Hälfte der Bevölkerung gemessen: die Gründe und Motivationen zu derartigen Veränderungen werden durch qualitative Studien untersucht. Damit hängt die gewünschte Verhaltensänderung von der Gesamtheit der Präventivmassnahmen ab (STOP-AIDS Kampagne sowie die Aktionen, welche zusätzlich von Multiplikatoren in die Wege geleitet wurden - unabhängig davon, ob diese vom BAG angeregt wurden oder nicht (Interventions-Variable)).

Ergebnisse der Evaluation für 1987**Die STOP-AIDS Kampagne : Vorgehen**

Anfangs Februar 1987 wurde die STOP-AIDS Kampagne anlässlich einer von allen landesweiten Medien breit gestreuten Pressekonferenz gestartet. Die präventiven Grundbotschaften der Kampagne werden im grossen Ganzen positiv aufgenommen, allerdings mit einer gewissen Zurückhaltung in kirchlichen Kreisen. Diese wünschen sich, dass die Botschaften auf einem deutlicher gezeichneten ethischen Hintergrund verbreitet werden. Dennoch wird von allen Seiten die klare Trennung der Rollen zwischen politischen Behörden und kirchlichen Institutionen anerkannt, in dem die ethische Dimension der AIDS-Prävention massgeblich von Seiten nicht staatlicher Institutionen geprägt werden sollte.

Zu der nun neu gestarteten Kampagne kommt hinzu, dass die Presse eine ständige Verbreitung von Informationen zum Thema AIDS sicherstellt, welche von sehr knappen Einzelmeldungen bis zu ausführlichen Hintergrundsartikeln gehen.

Die Evaluationsstudien zeigen, dass die breit gestreuten Präventivbotschaften die gesamte Bevölkerung mehrfach erreicht haben.

Die im Rahmen der vorliegenden Evaluation befragten informellen Meinungsbildner (Eltern, Lehrer, Aerzte, Geistliche) unterstützen die Kampagne im allgemeinen. Teilweise wird ein etwas zu "technischer" Stil der Kampagne bedauert (Botschaften zum Präservativ) und ein vermehrter Einbezug der Gefühlswelt gefordert. Dieselben Meinungsbildner erklären sich durchaus bereit, auf Fragen nach Information, nach Hilfe oder Beratung von Seiten der Jugendlichen einzugehen, allerdings ohne unbedingt selbst entsprechende Initiativen unternemen zu wollen.

Alle im Rahmen dieser Projekte befragten Personen haben von der Kampagne Kenntnis genommen, ganz speziell auch von deren Plakatelementen. Nur eine kleine Minderheit erklärt, sie sei durch Form oder Inhalt der Präventivbotschaften verletzt worden. Das Plakat, welches die Treue thematisierte (zweite Kampagnen-Phase), wurde teilweise kritisiert : so wurde gesagt, der Ehering als Symbol der Treue sei moralisch zu beladen oder, für die Homosexuellen, könne er nicht als wirkliches Symbol für Treue gelten.

Insgesamt wird die Nützlichkeit der Präventivkampagne in breitesten Bevölkerungskreisen anerkannt und die Glaubwürdigkeit der Absender der Botschaften (BAG und AIDS-Hilfe Schweiz AHS) wird nicht in Zweifel gezogen. Dort, wo lokale Aktionen Teilelemente der STOP-AIDS Kampagne aufgreifen, ist deren Akzeptanz noch verbessert.

Einstellungs- und Verhaltensänderungen

Vor dem Start der Kampagne wurde anhand einer telefonischen Befragung einer repräsentativen Stichauswahl von 17 bis 30jährigen festgestellt, dass in den sechs Monaten vor der Befragung rund 18 % unter ihnen sexuelle Gelegenheitskontakte (ausserhalb einer stabilen Beziehung) gehabt hatten. In dieser Gruppe benützten 67 % nie ein Präservativ, 25 % von Zeit zu Zeit und nur 8 % immer.

8 Monate nach Beginn der Präventivkampagne zeigte sich im Rahmen einer identischen Befragung ein leichter Rückgang dieser Gelegenheitskontakte. 14 % der 17-30jährigen gaben nun entsprechende Kontakte während den letzten sechs Monaten an. Hingegen hat der Präservativgebrauch zugenommen : 38 % benutzen sie nie, 45 % von Zeit zu Zeit und 17 % immer. Die Zunahme des Präservativgebrauches ist statistisch signifikant.

Zudem haben die qualitativen Studien bei verschiedenen sozialen Gruppen vielfältige Einstellungsänderungen hinsichtlich AIDS und entsprechender Verhütungsmöglichkeiten aufgezeigt. Die Tabuisierung von Themen der Sexualität und sexueller Praktiken scheint deutlich abgeschwächt. Die präventiven Hauptbotschaften (Gebrauch von Präservativen, kein Spritzentausch, stabile Partnerbeziehung, d.h. Treue) werden als wichtig anerkannt.

. Diese aufgezeigten Aenderungen bestehen in einem vermehrten Gebrauch von Präservativen, aber auch in einer Zuwendung zu anderen sexuellen Verhaltensweisen im Sinne des "Safer Sex" (Reduktion der Anzahl Partner, nichtpenetrierende sexuelle Praktiken, gegenseitige Treue). Die Botschaften werden auf die eigene persönliche Situation angepasst, der Einzelne beginnt sein Risiko selber anzugehen.

So lässt sich weiter feststellen, dass knapp die Hälfte der Jugendlichen, welche schon sexuelle Kontakte hatten, Erfahrungen mit dem Präservativ besitzt. Weitere interessante Veränderungen zeigen sich, wie etwa die Tendenz, das Risiko gemäss der "sexuellen Vorgeschichte" des Partners einzuschätzen. Es bleibt zu sehen, wie sehr diese Aenderungen bald Teil des "Lebensstils" dieser Bevölkerungsgruppe sein werden.

Die Personen mit verschiedenen Partnern ("Auf-Reisser") kommen nur mit Mühe zur Einsicht, dass auch sie Risiken eingehen. Auch hier gibt es jedoch eine Teilgruppe, welche die erwähnten Veränderungen ebenfalls anzunehmen beginnt (Präservativgebrauch, nichtpenetrierende Verhaltensweisen).

Risikoreiche Verhaltensweisen sind noch besonders stark bei Drogenabhängigen verbreitet, besonders auch risikoreiches Sexualverhalten. Es scheint, dass der Spritzentausch etwas zurück geht. Er ist aber gleichwohl noch die Regel, wenn die Droge vorhanden ist, aber das persönliche Injektionsmaterial fehlt. Präventivbotschaften finden nur schwierig Eingang in diese Gruppe und neue Interventionsmöglichkeiten müssen gefunden werden.

Die Befragungen bei den Homosexuellen zeigen deutlich, dass diese mehrheitlich Aenderungen in ihrem Sexualleben vorgenommen haben. In der Folge der Nähe von AIDS in dieser Gruppe und von spezifischen Informationskampagnen haben entsprechende Veränderungen teilweise schon vor Jahren begonnen. Die hauptsächlichsten Veränderungen (Präservativgebrauch, Verzicht auf bestimmte Sexualpraktiken) scheinen sämtliche Gruppierungen, aber auch Kontaktorte der Homosexuellen erfasst zu haben. Das Präservativ ist recht gut akzeptiert, und dies umsoeher, als die Sexualpraktiken individuell leicht umgestellt werden können. Ungefähr 20 % der befragten Homosexuellen scheinen noch immer Risiken einzugehen, allerdings oft als Ausnahmeverhalten.

Diese Veränderungen entsprechen denjenigen, welche auf Grund der Marktdaten über den Präservativvertrieb festgestellt wurden: in den ersten 9 Monaten des Jahres 1987 wurden ungefähr 60 % mehr Präservative auf dem Markt gebracht als in der gleichen Periode im Vorjahr. Zudem konnte auch eine Veränderung der Marktstruktur festgestellt werden, in dem der Verkauf in Grosskaufhäusern, Kiosken und anderen Verkaufsstellen deutlich zugenommen hat.

Es zeigen sich bisher kaum Reaktionen, welche auf eine gesellschaftliche Aussperrung der exponierten Gruppen, der Seropositiven oder der AIDS-Kranken hin zielen. Individuell kann aber dieses "Ausgestossen sein" durchaus erfahren werden.

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass sich auch Widerstände gegen entsprechende Verhaltensänderungen zeigen. Sie hängen oft damit zusammen, dass ein persönliches Risiko verneint wird. Das Ansteckungsrisiko wird beispielsweise auf bestimmte Gruppen begrenzt und nicht auf Verhaltensweisen: "AIDS gibt es nur bei Homosexuellen oder Drogenabhängigen". Bei den Jugendlichen zeigt sich zudem, dass das Konzept der Treue auf einer Exklusivität der Beziehung und weniger auf ihrer Zeitdauer aufbaut. Sie verstehen sich auch bei häufigem Partnerwechsel nicht als untreu und unterschätzen das persönliche Risiko.

Als ein weiterer Grund für Widerstände einer Verhaltensveränderung gegenüber wird fehlende Übereinstimmung zwischen Informationen in den Medien angegeben.

Schlussfolgerungen

Nach 10 Monaten Präventivkampagne können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

- **Die Präventivkampagne hat durch eine gute Streuung und Unterstützung durch die Medien ihre hauptsächlichlichen Zielgruppen erreicht (allgemeine Bevölkerung und exponierte Gruppen);**
- **Die Präventivkampagne hat nicht zu einer bedeutenden gesellschaftlichen Kontroverse, zu Widerständen oder Oppositionen geführt;**
- **Verschiedenste Multiplikatoren (lokale Aktionen und Kampagnen, Meinungsbildner etc.) haben durch ihre Aktivitäten die Kampagne verstärkt;**
- **Eine Zunahme des Präservativverkaufes wurde festgestellt.**
- **Es lassen sich sowohl Einstellungs- als auch Verhaltensveränderungen feststellen, welche in Richtung eines verbesserten Präventivverhaltens der allgemeinen Bevölkerung, aber auch von besonders exponierten Gruppen (Jugendliche, Homosexuelle, Drogenabhängige...) gehen. Dies berechtigt zur Annahme, dass sich die entsprechenden Entwicklungen verallgemeinern könnten, zumindest falls die Präventivbemühungen ohne Unterbruch weitergeführt werden.**

RIASSUNTO E CONCLUSIONI

L'Ufficio Federale della salute pubblica (UFSP) ha incaricato l'Istituto Universitario di medicina sociale e preventiva di Losanna (IUMSP) di procedere alla valutazione della campagna di prevenzione STOP-AIDS. In realtà, la diffusione più ampia di messaggi preventivi non garantisce di per sé la loro accettazione da parte della popolazione e ancor meno l'adozione di comportamenti esenti da rischio.

La valutazione persegue molteplici obiettivi :

- misurare il grado di realizzazione degli obiettivi della campagna,
- contribuire al suo successo permettendo delle messe a punto per mezzo dell'identificazione di resistenze o di effetti amplificatori.

Il gruppo di valutazione s'impegna in effetti, a fornire ogni 6-7 mesi i suoi risultati all'UFSP, al "Kreativ Team" ed a tutte le parti interessate.

Il metodo utilizzato per la valutazione tiene conto delle modificazioni dei comportamenti attraverso le influenze reciproche di fattori inerenti alla campagna (forma di messaggio, diffusione, pertinenza del contenuto, legittimità dell'emittente, ripetizioni) e di fattori ambientali (accessibilità dei media, risonanze sociali, rinforzo da parte dell'ambiente socio-culturale, idee, paure o tabù dominanti...).

Il protocollo per la valutazione comprende 13 studi orientati verso una serie di elementi del processo (diffusione e moltiplicazione della campagna) e risultati (cambiamento di atteggiamento e di comportamento, uso di preservativi).

Studi di risultati

1. Mercato del preservativo
2. 17-30 anni
3. Sentinella
4. Giovani ticinesi

5. Adolescenti
6. Individui con molti partner
7. Omosessuali
8. Tossicomani
9. Turismo sessuale

Studi del processo

10. Diffusione
 11. Eco della stampa/media
 12. Leader informali
 13. Cantoni
-

La modificazione dei comportamenti (variabile dipendente) è misurata dalla variazione delle statistiche di vendita dei preservativi, l'evoluzione del numero di partner e dell'uso di preservativi nella popolazione. Le modalità e le motivazioni di tali cambiamenti vengono analizzati attraverso studi qualitativi orientati. Tale variabile dipende, per tanto, dalla somma delle azioni preventive: campagna STOP-AIDS e azioni intraprese dai moltiplicatori stimolati direttamente o meno dall'UFSP (variabile d'intervento).

Risultati della valutazione nel 1987**Processo d'influenza**

La conferenza stampa che ha lanciato la campagna STOP-AIDS all'inizio del mese di febbraio 1987 è stata ripresa da tutti i media in tutto il paese. I messaggi di prevenzione hanno dato luogo a reazioni globalmente positive, con alcune riserve espresse dagli ambienti ecclesiastici che avrebbero preferito raccomandazioni con un contenuto più etico. Essi hanno, ciò malgrado, sottolineato la ripartizione dei ruoli tra autorità politiche e religiose, riconoscendo che alcune dimensioni etiche o morali della prevenzione dell'AIDS rientrano bene nel loro stesso campo d'influenza e non in quello dello Stato. La stampa ha, dal canto suo, assicurato una diffusione continua di messaggi sul tema dell'AIDS, che andavano da notizie molto frammentarie a servizi che ricordavano i fatti ed i principali consigli riguardanti la malattia.

La diffusione di qualunque forma di messaggi preventivi ha raggiunto, ripetute volte, l'insieme della popolazione.

I leader d'opinione informali (genitori, insegnanti, medici, ecclesiastici) hanno approvato la campagna, dispiacendosi talvolta, del suo aspetto eccessivamente tecnico (con riferimento al preservativo) e privo di dimensioni emotive. Si dichiaravano inoltre disposti a rispondere a richieste d'informazione, d'aiuto e di consiglio da parte di giovani, senza, però, assumere direttamente iniziative in tal senso.

Tutte le persone informate si sono rese conto della campagna, particolarmente dei manifesti, e solo un'infima minoranza si è scandalizzata per la forma o per il contenuto dei messaggi. Il manifesto sul tema della fedeltà (tema aggiunto nella seconda ondata di messaggi pubblicitari) con lo "slogan" "Resta fedele" associato all'immagine della fede nuziale, ha suscitato una serie di reazioni negative da parte di persone che vi hanno riscontrato un contenuto troppo moralizzatore o che, come gli omosessuali, non hanno potuto identificarsi a questo simbolo del matrimonio.

L'utilità della campagna di prevenzione è stata generalmente riconosciuta e la credibilità delle emittenti (l'UFSP e l'ASS) non è stata messa in dubbio. La campagna è stata meglio accolta allorquando sia stata inoltre ripresa da fonti locali o specifiche.

Cambiamenti d'attitudine, cambiamenti di comportamento.

L'inchiesta telefonica condotta su di un campione rappresentativo di 1200 giovani da 17 a 30 anni precedentemente al lancio della campagna aveva rilevato che il 18 % di essi avevano avuto delle relazioni sessuali occasionali, al di fuori di una relazione stabile, nei sei mesi precedenti l'inchiesta. Tra di essi, il 67 % non aveva mai utilizzato dei preservativi, il 25 % alcune volte, l'8 % sempre.

Otto mesi dopo l'inizio della campagna, un'inchiesta identica ha mostrato che il 14 % hanno avuto delle relazioni sessuali occasionali nel corso dei sei mesi precedenti, e che l'utilizzo del preservativo è aumentato: il 38 % non l'utilizzava mai, il 45 % di tanto in tanto, il 17 % sempre. L'aumento dell'utilizzo del preservativo era statisticamente significativo.

Le inchieste qualitative condotte nei diversi gruppi sociali scelti nel quadro di questa valutazione hanno permesso di identificare numerosi cambiamenti d'attitudine rispetto all'AIDS ed alle maniere di proteggersene. Si constata in particolare una diminuzione dei tabù sulla sessualità e le pratiche sessuali.

I messaggi preventivi (utilizzo del preservativo, non scambio di siringhe, fedeltà) sono stati accettati come pertinenti.

Numerosi cambiamenti di comportamenti sono stati referiti dalle persone intervistate. Questi cambiamenti vanno nel senso dell'utilizzo dei preservativi, ma anche dell'adozione di altri comportamenti di sesso senza rischio (riduzione del numero dei partner, pratiche erotiche senza penetrazione, mutua fedeltà). Gli individui hanno adattato i messaggi di prevenzione alla loro situazione personale, cominciando a "gestire" i propri rischi.

Poco meno della metà dei giovani intervistati che avevano avuto dei rapporti sessuali aveva già l'esperienza del preservativo. Si osservano in questo gruppo altri approcci, come ad esempio valutare il rischio in funzione della "storia sessuale" dei partner. Vi sono pertanto significativi cambiamenti, che si può sperare divengano rapidamente parte integrante dello "stile di vita" di questo gruppo sociale.

I soggetti che usano avere più partner sessuali hanno ancora difficoltà ad ammettere che corrono dei rischi. Cionondimeno, una parte di essi è in procinto di adottare il preservativo (malgrado delle considerevoli resistenze al suo utilizzo), o dei comportamenti sessuali senza penetrazione.

I comportamenti a rischio sono ancora molto diffusi tra i tossicomani, particolarmente per ciò che si riferisce alla sfera sessuale. Lo scambio di siringhe sembra essere diminuito, ma persiste se la droga è presente e manca invece il materiale personale d'iniezione. I messaggi preventivi incontrano difficoltà, e l'intervento a questo livello deve essere riconsiderato.

Gli omosessuali, nella loro maggioranza, dicono di aver modificato la loro vita sessuale. Questi cambiamenti hanno avuto inizio da diversi anni in seguito a campagne specifiche condotte nell'ambiente, ma anche a causa della diffusione della malattia. I cambiamenti riferiti (utilizzo di preservativi, abbandono di certe pratiche) sembrano aver toccato tutte le categorie di omosessuali in tutti i loro ambienti. Il preservativo è ben accetto, tanto più che la diversità delle pratiche sessuali permette degli adattamenti individuali. Si sono potuti evidenziare dei rischi corsi da circa il 20 % degli omosessuali interrogati; sovente questi rischi sono comunque a titolo d'eccezione.

Questi cambiamenti possono essere messi in relazione ai dati di distribuzione dei preservativi: durante i primi 9 mesi del 1987, la messa sul mercato dei preservativi è aumentata del 60 % in relazione alla media del 1986 calcolata su 9 mesi. Una modificazione della struttura di mercato ha avuto luogo attraverso un incremento delle vendite nei grandi magazzini, e l'introduzione di altre modalità di vendita.

Si notano scarse reazioni di ostracismo da parte della società nei confronti dei gruppi esposti a rischio di AIDS, sieropositivi o malati. D'altra parte, reazioni di rigetto possono verificarsi a livello individuale.

Si osservano anche dei fenomeni di resistenza a questi cambiamenti di comportamento, che possono spesso essere legati alla non percezione del rischio di per sé. Il rischio di infezione è associato a dei gruppi piuttosto che a dei comportamenti: "l'AIDS è presente soltanto tra omosessuali e tossicomani". La fedeltà tra adolescenti ha un senso di esclusività piuttosto che di durata: non ci si sente infedeli e si sottostima l'esistenza di un rischio per se stessi quando si intraprende una nuova relazione.

La mancata adozione di comportamenti protetti può infine essere legata ad effetti di confusione: informazioni contraddittorie o discordanti provenienti dalla stampa o dall'opinione pubblica generale conducono allo smarrimento ed alla paura.

Conclusioni

Le conclusioni che si possono trarre dopo dieci mesi di campagna di prevenzione intensiva sono le seguenti:

- **la campagna ha raggiunto il suo obiettivo, la popolazione generale ed in particolare i gruppi esposti, in seguito ad una buona diffusione ed amplificazione da parte dei "mass media";**
- **essa non ha dato luogo ad espressione di forti resistenze od opposizioni;**

- **dei fenomeni amplificativi (azioni locali, ripercussioni da parte di leader di gruppi, etc) sono apparsi, e contribuiscono a rinforzare la campagna stessa;**
- **la vendita di preservativi è aumentata;**
- **si osservano dei cambiamenti di attitudini e di comportamenti nel senso di una migliore protezione nella popolazione generale oltre che nei gruppi sotto osservazione, scelti appositamente per la loro maggiore probabilità di adottare dei comportamenti a rischio (giovani, omosessuali, tossicomani...), il che permette di ritenere che tali tendenze si generalizzeranno fin tanto che queste campagne verranno perseguite senza paure o rallentamenti.**

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The OFSP ordered the IUMSP to effectuate an evaluation of the totality of the STOP AIDS prevention process being undertaken. Obviously, the wide exposure of prevention messages in itself, does not guarantee the messages' acceptance within the population, and even less so an adoption of a risk-free behaviour.

The evaluation therefore has several objectives:

- to measure to what degree the campaign's objectives have been attained.
- to contribute to its success by making the necessary adjustments possible by the detection of areas of resistance or of areas where effects are amplified.

The group of evaluators binds itself to regularly supplying the OFSP, the "think tank" and other interested parties with its results.

The evaluation method used, considers the process of behavioural change through the reciprocal influence of the campaign's internal factors (the form of the message, its exposure, its pertinence, the legitimacy of its initiators, and repetition) and environmental factors (access to the media, social resonance, reinforcement by social peers, ideas, dominating taboos and fears, etc.).

The evaluation includes 13 inter-complementary studies, concerning the procedural elements (exposure to the message and the campaign's multiplying factors) and the results (change in attitude and behavioural change, condom usage).

Behaviourial change (dependent variables) is measured by the variation in the sales figures of condoms, the evolution in the number of sexual partners and the use of condoms among the 17 to 30 age group. The means and motives for these changes will be analysed by qualitative studies. Behavioural change is therefore dependent on the total amount of preventive action (STOP-AIDS campaign and action taken by the multiplying factors whether they be stimulated directly by the OFSP or not) (intervention variables).

Evaluation results in 1987

The influencing process

The press conference which launched the STOP AIDS campaign in the beginning of February 1987 was relayed by all the mass media throughout the entire country. The general reaction to the prevention messages overall was positive, with certain reservations being voiced by the ecclesiastical milieu which wanted to see more ethical recommendations. They underlined however, the clear division in roles there is, between political and religious authorities by admitting that certain ethical and moral aspects of AIDS prevention come under their own sphere of influence and not that of the state's. Moreover, the press guaranteed the continued exposure of the messages based on the AIDS theme with everything from fragmentary articles to dossiers going over the main facts and advise concerning the illness.

Informal opinion leaders (parents, teachers, doctors and churchmen) approved of the campaign, sometimes regretting its technical aspect (with reference to condoms) and its lack of any emotional quality. They declared themselves ready to answer any requests for information, help or advise from adolescents without however taking many initiatives of their own in this direction.

Everyone questioned had noticed the campaign's existence, and more particularly the posters. Only an infinite minority claimed to be shocked by the form or the contents of the messages. The poster under the slogan "Stay faithful" above the image of a wedding ring, (this theme was added to the second wave of publicity messages), provoked some negative reactions from people who found its contents far too moralizing and who, in the case of homosexuals for instance, could not identify themselves with the symbol of marriage.

The usefulness of the prevention campaign is widely recognized and the credibility of its initiators (OFSP and ASS) is not doubted. Moreover campaigns are better received if their themes are taken up by local or specific voices.

Changes in attitude, behavioural changes

The telephone survey carried out among a representative sample of 17 to 30 year olds before the launching of the campaign revealed that 18 % of them had had occasional sexual relations, other than within a stable relationship in the six months preceding the survey. Of those, 67 % never used condoms, 25 % from time to time, and 8 % all of the time.

Eight months after the beginning of the campaign, 14 % had had occasional sexual relations in the preceding six months and condom use had increased: 38 % never used them, 45 % from time to time and 17 % all of the time. The increase in condom usage is statistically significant.

The qualitative survey carried out in the different social groups chosen for this evaluation show numerous changes in attitude in respect to AIDS and the manner in which to protect oneself from it. There is a noticeable weakening of the taboos surrounding sexuality and sexual practices.

The prevention messages (use of condoms, no syringe swapping, and faithfulness) have been accepted as being pertinent.

There are very few reactions of ostracism from society towards risk-prone groups, people who are seropositive or the ill. However, on a personal level, rejection of individuals can appear.

Numerous cases of behavioural change were registered among the people interviewed. These changes generally concerned the use of condoms, but also there was also the adoption of other means of having safer sex (decrease in the number of sexual partners, erotic play avoiding penetration, mutual faithfulness). It is to be noted that individuals are adapting the prevention messages to their own personal situations, and are beginning to manage their own risk taking.

A little less than half of those who had had sexual relations had experimented with condoms. Within this group, other means of protection were found which included that of evaluating the risk according to the "sexual history" of their partner. Changes are in the process of taking place, and it can be hoped that they will rapidly become an integral part of this group's "life style."

People with multiple sexual partners still have trouble admitting that they are running any risk. However, some of them are also in the process of accepting the condom (in spite of great resistance to its use), or penetration-free sexual relations.

Risk-prone behaviour is still widely practiced among drug addicts and more particularly that of sexually risk-prone behaviour. Syringe swapping appears to have diminished, but still persists if the drugs are present but the syringe is missing. The prevention messages do not go over well with this group and intervention here must be rethought.

The majority of homosexuals claim to have changed things in their sex life. These changes began several years ago after the specific campaigns carried out in the milieu but also because of the very proximity of AIDS. The noted changes (use of condoms, and the abandoning of several practices, etc.) seem to have affected all categories of homosexuals (age, social standing, diverse sensitivities) and all types of pick-up places. The condom has been well accepted, all the more so in that the diversity of homosexual sex practices leaves room for individual adaptation. It is noteworthy that 20 % of the homosexuals interviewed run some risks, and often this risk is only exceptional.

These changes can be linked to the data concerning the distribution of condoms: in the first nine months of 1987, the condom market increased by 60 % compared to the mean 1986 figure calculated over nine months. A change in the structure of the market also took place with an increase of sales in the large department stores and by the appearance of other means of selling.

There have been some noticeable phenomena of resistance towards behavioural change. They are often linked to a non-perception of the risk being run. Risk of contamination, for example, is sometimes associated with groups and not behaviour: Another example of non-perception of the risk is among adolescents where faithfulness has a definition of exclusiveness rather than duration. They therefore don't consider themselves unfaithful and underestimate the existence of a risk for themselves when they begin a new relationship.

The non-adoption of protective behaviour can also be linked to the effects of "jamming": contradictory or discordant information in the press or which is rumoured, and lead them into fear and frustration.

Conclusions

The conclusions which may be drawn after ten months of intensive prevention campaign are the following:

- **the campaign attained its objectives, reaching the general population and target groups. Message exposure and amplification by the mass media was good;**
- **no strong resistance or opposition was created;**
- **multiplying phenomenon appeared (local actions, repercussions made by group leaders, etc.) and contributed to reinforcing the campaign itself;**
- **the sale of condoms increased;**
- **noticeable changes in attitude and behaviour took place in the way of better protection in both the general population and in the groups which were specifically chosen for their probability of adopting risk-prone behaviour (adolescents, homosexuals, drug addicts, etc.), but this does not yet allow us to confirm that these tendencies will generalize themselves.**

2. RECOMMANDATIONS

Les recommandations qui suivent s'adressent à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), au "Kreativ Team" de la campagne STOP-SIDA, aux cantons ainsi qu'à toutes les institutions et personnes intéressées à la prévention du SIDA et qui sont incluses dans l'évaluation. Certaines recommandations suggèrent des corrections de la stratégie ou des instruments des campagnes, d'autres confirment des options déjà en cours ou projetées.

2.1 Sur le plan général

1. Il est nécessaire de **continuer la campagne STOP-SIDA** par la diffusion de multiples messages s'adressant à la population générale et à des groupes particuliers. Il faut utiliser autant la communication publicitaire ou vulgarisatrice directe que tous les réseaux indirects de multiplication des messages. Pour la publicité, continuer à user de tous les médias à disposition selon leurs spécificités:
 - messages sous forme de slogans sur les affiches murales (y compris en dehors des grands centres urbains),
 - messages rédactionnels dans les journaux et à la radio,
 - clips à la radio et à la télévision (en utilisant par exemple les SIDA-SONGS).

La répétition est encore bien loin de son point de saturation et ne risque pas, au stade actuel, de provoquer des effets négatifs. C'est probablement le seul moyen d'atteindre l'ensemble de la collectivité. Celui qui ne veut pas voir ni entendre un message restera toujours libre de le faire. Ne pas craindre les réactions de "ras-le-bol" qui sont épidermiques, éviter en revanche la lassitude par monotonie.

Assurer un renouvellement formel et un ressourcement d'imagination périodique, garantissant une succession de "coups d'éclat" qui viennent se surimprimer sur le "bruit de fond".

2. Il est important de **maintenir une constance de la campagne STOP-SIDA dans la tonalité actuelle** plutôt informative que morale, mais non moralisante, plutôt incitatrice à l'acte qu'à l'abstinence, plutôt objective

(nécessité de vivre avec) que paniquante. Cela implique que l'ensemble des documents produits manifestent une même conception de l'approche du problème.

3. Une **stimulation continue et renforcée des professionnels** de l'action médicale, médico-sociale et éducative, **des leaders informels et des pairs** spécifiques aux groupes-cibles est indispensable.

Leur rôle est d'appuyer et renforcer le message général en l'adaptant aux milieux dans lesquels ils le transmettent, d'offrir une aide et un soutien à l'apprentissage des nouveaux comportements. Leur compétence sociale face aux problèmes de séropositivité et face aux malades sera en outre déterminante de leur capacité/crédibilité dans l'action préventive.

La relance périodique d'éléments nouveaux de la campagne STOP-SIDA stimulera d'autant plus le questionnement des professionnels, des leaders ou des pairs par les personnes concernées.

4. Il importe de **développer des discours spécifiques à chaque groupe ou type de comportement**, c'est à dire qui tiennent compte de la réalité et de l'histoire de chacun d'eux.

Ceci pourra se faire d'autant mieux en favorisant la participation de représentants de ces groupes dans la création des messages, et en laissant aux groupes l'autonomie pour reformuler leurs propres discours dans la cohérence avec les messages généraux.

Le rôle de l'OFSP, avec l'ASS, reste de constituer l'émetteur principal de la campagne STOP-SIDA, d'user de sa légitimité politique, de sa position centrale et de ses ressources pour assurer la force et l'unité de la lutte contre le SIDA.

5. L'OFSP a aussi le **rôle de valider scientifiquement l'information** qui est fournie au public ou aux professionnels.

Il importe de continuer le travail de vulgarisation, soit par des documents spécifiques, soit sous forme de dossiers de presse, et d'avoir recours abondamment à la presse régionale et cantonale pour relater les événements marquants de la lutte contre le SIDA en Suisse.

L'OFSP pourrait faire mieux connaître aux journaux sa disponibilité à vérifier la qualité de l'information sur le SIDA.

Il est opportun qu'il rétorque à des informations manifestement erronées et à des prises de positions dangereuses, mais de façon circonscrite pour que la polémique ne provoque pas de confusion. Une unité de vue est en particulier essentielle avec les médecins et la presse médicale.

6. Il faut encore informer la population que **les efforts de prévention n'auront un effet que dans quelques années** sur l'incidence de la maladie et qu'il est important de ne pas se décourager malgré le fait que le nombre de malades va encore augmenter (il y aura environ 3500 cas en tout en 1991, selon les estimations de l'OFSP).

Des informations sur le fait que des changements favorables d'attitudes et de comportements sont en train de s'opérer sont aussi nécessaires.

7. Il importe de **renforcer l'accessibilité aux préservatifs** par des mesures incitatrices auprès des commerces et d'obtenir l'installation d'un nombre important de distributeurs automatiques dans des lieux banals. Les cantons qui en restreignent la mise en place ne devraient plus s'opposer à cette mesure de prévention.

La campagne STOP-SIDA pourrait aussi stimuler les producteurs de préservatifs à repenser la publicité dans un sens plus évocateur. Les affiches de l'OFSP "conçues pour ceux qui font métier du sexe", avec les dessins de Niki de Saint Phalle, doivent pouvoir être montrées au public sans restriction, car elles correspondent bien au modèle plaisant mais pas choquant souhaité.

Tous les modèles de préservatifs vendus sur le marché suisse devraient satisfaire aux normes de qualité établies par l'EMPA.

8. Lorsqu'on parle de **conduites sexuelles sans risque (safer-sex)**, il importe de **ne pas mentionner seulement l'usage de préservatifs**. Ce type de discours peut très bien évoquer plus souvent des alternatives dans la séduction et les comportements érotiques sans risques, qu'il s'agisse de relations hétérosexuelles ou homosexuelles.

Lorsqu'il est question de préservatifs, il est bon de rappeler que c'est une affaire qui se joue à deux. Il importe que l'homme et la femme en prennent la responsabilité ensemble.

9. Il serait opportun de combattre la croyance trop largement répandue selon laquelle les jeunes filles et les femmes se protègent toujours de la grossesse. On ne parle en effet que très peu de ce "risque", alors que les réticences à la pilule sont sensibles, et que subsiste un nombre élevé d'avortements suite à une absence de contraception. **La promotion des préservatifs devrait aussi insister sur la question de la contraception.**

10. Rappeler clairement à la population les **limites de la signification et le rôle que peut jouer le test de dépistage des anticorps anti-VIH**. Rappeler en particulier que ce test ne constitue pas un certificat pour "prouver son état de santé", ni pour négliger de se protéger.

Veiller à ce que chaque test soit effectué en ayant donné toutes les informations nécessaires avant, qu'un suivi des personnes positives soit assuré et que les résultats restent absolument anonymes.

Réaffirmer que le test de dépistage ne doit se faire que sur une base volontaire, et qu'il ne doit pas servir de passeport aux frontières, ni être exigé pour obtenir un emploi, un logement, un contrat d'assurance-maladie, etc.

Combattre les croyances, et le cas échéant les pratiques, des milieux hospitaliers qui justifient le test systématique des patients afin de protéger le personnel soignant. Rappeler la prééminence des mesures d'hygiène dans ce contexte.

11. Au sujet du **risque pour l'enfant à naître**, réaffirmer qu'il dépend autant du père que de la mère.
12. Au sujet des **relations sexuelles avec des nouveaux partenaires**, exprimer clairement que le fait d'être amoureux (ou à la recherche de l'amour) ne protège pas du SIDA, et que la propreté ou l'air en bonne santé ne sont pas non plus des garanties.

Il s'agit plus généralement de rappeler que le risque, lors de relations sexuelles, peut survenir dans des circonstances très ordinaires, comme les relations fidèles et exclusives (mais temporaires) des jeunes adultes ou des migrants, au même titre que lors de relations occasionnelles.

13. **Les messages prenant comme argument la fidélité devront être enrichis en mettant l'accent sur la qualité des relations affectives.** Ils doivent pouvoir s'adresser à tous, ce qui implique de supprimer la référence exclusive au mariage.
14. Il reste utile de **rappeler périodiquement toutes les situations dans lesquelles il n'y a pas de risque d'attraper le SIDA**, comme le font les nouvelles séries d'annonces, de spots TV et de films. Il faudra y revenir à plusieurs reprises.

On insistera en particulier sur le fait que les personnes présumées atteintes du virus ne représentent pas un risque dans les contacts quotidiens, dans le but de limiter les craintes infondées, les réactions de rejet et la stigmatisation de groupes ou de personnes.

Il importe aussi de rappeler précisément que le risque d'infection par le VIH lors de transfusions sanguines en Suisse est tellement minime qu'il peut être considéré comme nul en terme de probabilité.

15. Dans toute documentation de propagande ou de vulgarisation, **abandonner le terme de "groupe à risque" pour ne retenir que celui de comportements à risque.**

Plutôt que d'associer les homosexuels au risque de maladie, il est souhaitable de propager leur exemple en tant que personnes qui, informées plus tôt, ont généralement déjà adopté des conduites de protection.

2.2 Pour des groupes particuliers

16. Il est indispensable de renforcer la campagne STOP-SIDA s'adressant aux **populations migrantes**, en tenant compte de leurs spécificités culturelles et de leur situation de migration. Des informations et conseils donnés dans les langues nationales et dans les médias usuels des communautés immigrées devraient être diffusés sous la responsabilité de l'OFSP et de l'ASS. On prendra notamment en considération la solitude et la disponibilité sexuelle que provoque souvent la situation de migrant.

17. L'une des retombées du phénomène SIDA est de rappeler **l'opportunité d'une éducation sexuelle des enfants et adolescents**, mise en place dans le cadre scolaire. Les cantons qui avaient été réticents jusqu'ici à ce sujet semblent tous en voie de généraliser les programmes d'éducation sexuelle. Il est souhaitable de tirer profit des expériences positives faites dans les autres cantons et de ne pas limiter l'information au problème du SIDA.

Il est souhaitable que les personnes responsables de l'éducation sexuelle des enfants et adolescents puissent montrer des préservatifs dans les classes, avec évidemment le même tact et la même déontologie que pour le reste de leur travail.

18. Il doit être possible de **répondre aux demandes des adolescents lorsqu'ils souhaitent que l'information qui leur est donnée soit basée sur des faits, tiennent un langage de vérité et de simplicité, use sans voyeurisme de témoignages**. Les formes à trouver vont des comics aux dossiers et brochures, le recours aux films est aussi bienvenu.

Ces documents ne suffiront cependant jamais s'ils ne sont pas **confirmés par des contacts personnels avec des intervenants compétents**.

19. Lorsqu'on parle de relations occasionnelles et de fidélité aux **adolescents**, ils ont de ces termes des perceptions fort différentes de la majorité des adultes, et notamment des éducateurs. Il faut en l'occurrence **évoquer le risque de SIDA y compris dans des relations fidèles, mais nouvelles et probablement temporaires**.

20. Les hétérosexuels à mobilité sexuelle élevée - que nous avons nommés **dragueurs** - ne se sentent pas atteints par les recommandations de STOP-SIDA lorsqu'elles leur donnent l'impression de mettre sur un même plan la prostitution, l'homosexualité et la "drague".

Pour atteindre ce type de personnes, il est souhaitable de cibler les messages sur un comportement hétérosexuel, de **suggérer la multiplicité des modes de protection du SIDA** (pas uniquement l'usage de préservatifs), de tenir compte de la diversité des conduites de séduction ou érotiques.

21. Pour renforcer et maintenir les conduites de protection des homosexuels, il peut être favorable **d'inviter des professionnels homosexuels des domaines de la médecine, de la science, de la presse, de l'éducation, etc. à s'exprimer ouvertement en tant que tels à l'intérieur du milieu**.

22. Il importe aussi, pour les **homosexuels**, de **nuancer la notion de risque** en montrant le nombre des circonstances qui conduisent à adopter ou non des comportements à risque. Cela implique, dans les recommandations, de mieux exploiter la diversité des pratiques sexuelles sans risques, sans se limiter à l'usage des préservatifs, et d'évoquer (sans morale) des aspects de séduction et de qualité des relations affectives.

23. Les campagnes de prévention dans le milieu homosexuel organisé ont montré leur efficacité. Il importe de **renforcer les interventions visant des scènes plus cachées du monde homosexuel**, par des actions d'éducateurs de terrain (street workers), par des affiches dans les w.-c. publics fréquentés (que la voirie ne devrait pas arracher aussitôt), par des distributions de préservatifs, etc.

24. Il existe une demande de **lieux et de personnes de contact sans étiquette d'appartenance à un groupe** pour les gens concernés par des problèmes d'exclusion ou de rapport à la maladie. Les groupes et permanences de l'ASS ne suffisent pas toujours, en particulier lorsqu'elles sont très fortement étiquetées d'une appartenance homosexuelle.
25. Pour s'adresser aux **toxicomanes** et à toute la frange de gens qui leur sont proches, il est important de faire appel à des personnes issues de ce milieu ou qui ont fait la preuve de leur intérêt et de leur dévouement pour les drogués.

Compte tenu de la difficulté d'agir avec ce milieu, il y a lieu **d'associer au plus près les intervenants en toxicomanie expérimentés à tous les échelons de la campagne**, et de tenter de faire émerger des multiplicateurs parmi la population cible.
26. **Les actions d'information et de conseil s'adressant aux toxicomanes doivent être simples**, compte tenu de la diminution de la capacité de compréhension de bon nombre d'entre eux.
27. Il faut éviter que les situations exceptionnelles de couples sans protection où l'un est positif, l'autre reste négatif ne permettent de nier les affirmations et consignes. Des informations à ce sujet peuvent être rappelées.
28. Il importe de **renforcer l'accessibilité au matériel d'injection stérile** et d'encourager les pouvoirs politiques cantonaux à prendre des décisions dans ce sens. La banalisation des conditions d'achat pourrait être améliorée (diminution des barrières interpersonnelles dans les pharmacies).
29. **Les développements de la prévention du SIDA dans les cantons doivent être favorisés par des échanges d'expériences et de matériels**, entre cantons, entre professionnels des différents domaines, et entre les instances officielles et les actions des groupes militants.
30. Il serait souhaitable de **mettre en place un centre de documentation dans chaque région linguistique**, et d'associer mieux les différents partenaires dans les régions lors de la création de documents à utiliser sur le terrain.

EMPFEHLUNGEN

Die nachfolgenden Empfehlungen richten sich an das Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG), das "Kreativ-Team" der STOP-AIDS Kampagne, die Kantone sowie an alle Institutionen und Personen, welche an der Prävention von AIDS mitbeteiligt sind und durch diese Evaluation miterfasst wurden. Darunter finden sich Empfehlungen, welche einerseits Anpassungen der Präventionstrategie oder einzelner Komponenten der Kampagnen vorschlagen, andererseits aber auch das eingeschlagene, bzw. geplante Vorgehen bestärken.

Allgemeine Empfehlungen

1. **Die STOP-AIDS Kampagne muss weitergeführt werden.** Durch die Weiterverbreitung von Präventivbotschaften, welche sich sowohl an die allgemeine Bevölkerung als auch an besonders exponierte Gruppen richten, muss weiterhin die Grundlage für eine Aenderung zu einem präventivorientierten Verhalten gelegt werden. Dabei sollten sowohl direkte Wege der Informationsverbreitung (Massenmedien) als auch indirekte Informationskanäle zur Multiplikation der Botschaften benutzt werden. Wie bisher sollen sämtliche Medientypen dabei zum Einsatz kommen (z.B. landesweite Plakataktionen, Zeitungen und Radio, Spots in allen elektronischen Medien).

Die Präventivbotschaften müssen ständig wiederholt werden, um die ganze Bevölkerung zu erreichen. Die Gefahr einer Informationsübersättigung ist vorläufig als gering einzuschätzen.

Deshalb muss die einfache Grundthematik ständig neu und innovativ umgesetzt werden.

2. **Der Grundton der STOP-AIDS Kampagne muss beibehalten werden.** Damit sollte die Präventivkampagne weiterhin eher informativ sein und durchaus ethische Dimensionen einbeziehen, ohne allerdings moralisierend zu werden. Sie sollte eher von der Freude an sexuellen Beziehungen als von der Abstinenz ausgehen. Elemente, welche einer gesellschaftlichen Panik Vorschub leisten könnten, sollte sie nicht enthalten.

3. **Verstärkt sollten die Berufsgruppen im Gesundheitswesen, aber auch im Sozial- und Erziehungswesen, sowie informelle Meinungsbildner vor allem von spezifischen Zielgruppen miteinbezogen werden.**

Die entscheidende Rolle der genannten Gruppierungen liegt in ihrer Möglichkeit, die Präventivbotschaften an bestimmte gesellschaftliche Gruppen anzupassen und selber glaubwürdige Verhaltensmuster vorzugeben.

Immer neue Wellen der Kampagne tragen dazu bei, dass die Meinungsbildner sich mit Fragen der Betroffenen laufend auseinandersetzen müssen.

4. **Die von der Präventivkampagne gewählte Sprache als auch ihr Stil sollte sich spezifisch an die Zielgruppen oder bestimmte Verhaltensweisen richten.** Und zwar so, dass sie die Geschichte und die Realität jeder einzelnen Gruppe einbezieht.

Dazu müssen Wege gefunden werden, welche die Teilnahme der entsprechenden Gruppen bei der Konzeption der Präventivkampagne ermöglichen. In Übereinstimmung mit den Grundbotschaften der Kampagne muss Raum für die jeder exponierten Gruppe eigene Sprache gefunden werden.

BAG und AHS sollten weiterhin als zentraler "Absender" der STOP-AIDS Kampagne wirken. Das BAG hat dabei nicht nur die Rolle, die Kampagne politisch zu legitimieren, sondern auch durch die zur Verfügung stehenden Mittel auf eine einheitliche Ausrichtung der AIDS-Bekämpfung hinzuwirken.

5. Dem BAG kommt zudem die Rolle zu, **den wissenschaftlichen Inhalt von Informationen im AIDS-Bereich zu überprüfen.**

So scheint es besonders wichtig, zur Vulgarisierung neuer Erkenntnisse beizutragen (z.B. Pressedossiers) und so oft wie möglich die regionale Presse einzubeziehen um die wichtigsten Ereignisse der STOP-AIDS Kampagne in der Schweiz publik zu machen.

Ebenso sollte man entsprechend interessierten Redaktionen zur inhaltlichen Überprüfung ihrer Artikel zur Verfügung stehen. Diese schon bestehende Dienstleistung sollte noch besser bekannt sein.

Noch vermehrt sollte versucht werden, auf offensichtlich falsche Informationen, bzw. unsachliche Stellungnahmen schnell und präzise zu antworten. Dabei ist vor allem auf übereinstimmende Ansichten mit der Ärzteschaft und der Medizinpresse zu achten.

6. Die Bevölkerung muss immer mehr darauf hingewiesen werden, dass **die Präventivbemühungen ihre (sichtbaren) Wirkungen erst in einigen Jahren zeitigen werden.** Trotz dieser Präventivbemühungen wird die Zahl der Kranken weiter ansteigen (bis 1991 3500 Fälle insgesamt, vom BAG geschätzt) - einer entsprechenden Entmutigung der Öffentlichkeit ist vorzubeugen.

Dazu gehört auch eine Information über erste Ansätze im Bereich von Einstellungs- und Verhaltensveränderungen, wie sie heute festgestellt werden können.

7. **Die Zugänglichkeit von Präservativen muss weiter verbessert werden** (Verteilstellen, Automaten). Wo nötig, sollten entsprechende kantonale Gesetzgebungen abgeändert werden.

Die Präservativproduzenten sollen zu einem innovativeren Marketing angeregt werden (z.B. Niki de Saint Phalle Posters für alle Zielgruppen, nicht nur für das Sexgewerbe).

Alle Verhütungsmodelle, die auf dem schweizerischen Markt verkauft werden, sollten den EMPA Qualitätsnormen entsprechen.

8. Die Thematik **sexueller Beziehungen ohne Risiko** (Safer Sex) sollte **nicht nur auf den Gebrauch von Präservativen** beschränkt bleiben. Es gehören dazu ebenfalls vermehrte Hinweise auf mögliche sexuelle Aktivitäten, die nicht ansteckend sind.

Zudem muss immer klar gemacht werden, dass beide Partner an der Verantwortung für entsprechende Massnahmen teilhaben.

9. Noch immer besteht in der (männlichen) Bevölkerung die Fehlmeinung, die Frauen würden sich immer vor einer unerwünschten Schwangerschaft schützen. In der Zukunft wird die Kampagne wohl nicht ganz um die Frage der **Schwangerschaftsverhütung** herum kommen. Immer mehr junge Frauen zeigen eine gewisse "Pillenmüdigkeit". Für sie wird das Präservativ auch aus dieser Optik immer wichtiger.
10. **Grenzen und Bedeutung des HIV Antikörper-Testes müssen deutlich gemacht werden.** Der Test ist weder ein "Gesundheitsattest", noch ein Freipass für Verhalten ohne Schutz.

Es muss auch darauf geachtet werden dass jeder Test nach einer klaren Vorinformation durchgeführt wird. Die Betreuung nach dem Test muss sichergestellt sein. Die Testergebnisse müssen absolut vertraulich werden.

Um ein für die AIDS-Prävention offenes Klima zu erhalten, muss auch von Seiten der Kampagne alles getan werden, dass der Test nicht zu einem Repressionsinstrument wird oder der Diskriminierung Vorschub leisten kann.

Es besteht bei Spitalpersonal die falsche Vorstellung, durch eine systematische Testung der Patienten könnten sie sich schützen. Diese Vorstellungen und allenfalls entsprechende Praktiken müssen mit Hinweisen auf die nötige Hygiene von Seiten des Personals bekämpft werden.

11. Das Risiko der **Uebertragung während der Schwangerschaft** hängt ebenso sehr vom Vater wie von der Mutter ab - auch dies muss immer wieder betont werden.
12. Die Tatsache allein, verliebt zu sein, schützt nicht vor AIDS. Desgleichen kann auch ein anscheinend gepflegter oder gesund aussehender neuer

Partner kein Garantiausweis sein. Es muss deutlich unterstrichen werden, dass ein **Uebertragungsrisiko auch in scheinbar gewöhnlichen Situationen vorhanden sein kann**, wie z.B. bei den kurzfristigen durchaus treuen Beziehungen Jugendlicher.

13. Die **Thematik der Treue** sollte durch das Konzept der stabilen Beziehung **erweitert werden**. Mehr Gewicht muss auf die Qualität der affektiven Beziehungen in einer Partnerschaft gelegt werden. Diese Argumente müssen auch nicht verheiratete Paare ansprechen können.
14. **Immer wieder muss auch auf diejenigen Situationen hingewiesen werden, in welchen eine Ansteckung nicht möglich ist** - sowie dies in der nun laufenden Kampagnenphase geschehen ist. Auch die Stigmatisierung von infizierten Personen soll damit verhindert werden.

Deswegen muss deutlich wiederholt werden, dass das Infektionsrisiko bei Bluttransfusionen minimal ist, so klein, dass die Wahrscheinlichkeit für den Einzelnen in der Schweiz beinahe null wird.

15. In der Zukunft soll **nur noch der Begriff "Risikoverhalten", und nicht mehr der Begriff "Risikogruppen"** verwendet werden. Damit soll eine Abgrenzung gegenüber einem möglichen Eigenrisiko verhindert werden.

Die Homosexuellen sollen nicht immer mit der Krankheit in Verbindung gebracht, sondern eher als Beispiel für frühzeitige Verhaltensänderung beigezogen werden.

Spezielle Empfehlungen

16. Die STOP-AIDS Kampagne muss sich vermehrt in der Zukunft auch an die in der Schweiz ansässigen **Ausländer** richten. Dabei müssen entsprechende Aktionen kulturell und sprachlich angepasst sein. Die Einsamkeit bestimmter Ausländergruppen muss dabei ein Thema sein.
17. Eine weitere Wirkung des Phänomens AIDS ist die Tatsache, dass die Bedeutung einer echten **Sexualerziehung für Kinder und Jugendliche** in den Schulen unterstrichen wird. Diejenigen Kantone, welche bisher eher zurückhaltend waren, scheinen nun an entsprechenden Programmen zu arbeiten. Dabei ist der Informationsaustausch mit anderen Kantonen wichtig. Zudem sollte AIDS-Aufklärung nur ein Teil einer sehr viel weiteren Sexualerziehung darstellen.

Dabei muss - bei allem nötigen Takt und Feingefühl - offen und klar gesprochen werden. Dazu gehört beispielsweise auch, dass Präservative in der Klasse vorgezeigt werden können.

18. Von besonderer Bedeutung ist es, **auf die Fragen von Jugendlichen** in einer ihnen angemessenen Form einzugehen (z.B. Comics, Broschüren, Filme etc.). **Persönliche Kontakte mit entsprechend qualifizierten Personen** müssen solche Materialien ergänzen können.

19. Weiter ist es **für die Jugendlichen** wichtig, ihrer Situation angepasste Konzepte zu verwenden. So muss auch bei in ihren Augen **treuen Verhaltensweisen** auf die Risiken **neuer, vorübergehender (Sexual-) Bekanntschaften** hingewiesen werden.
20. **Heterosexuelle mit häufigem Partnertausch** ("Auf-Reisser") fühlen sich durch die Präventivbotschaften nicht angesprochen, vor allem wenn man diese Verhaltensweise in die Nähe der Prostitution, der Homosexualität und des "Risses" ganz allgemein stellt.

Auch hier muss wieder auf mögliche heterosexuelle Alternativen im Bereich der risikofreien Sexualbeziehungen hingewiesen werden.
21. Vermehrt sollte im Rahmen der AIDS Prävention bei den Homosexuellen versucht werden, **homosexuelle Berufstätige** beispielsweise der Bereiche Medizin, Wissenschaft, Presse, Erziehung etc. dazu zugewinnen, sich vermehrt zu manifestieren, um präventives Verhalten bei den Homosexuellen zu verstärken.
22. Im Bereich der Verhaltensempfehlungen muss für Homosexuelle besser **zwischen den Risiken einzelner Verhaltensweisen unterschieden werden**, um damit den freien Raum der verschiedenen sexuellen Praktiken ohne Risiko besser auszunützen.
23. Die Präventivkampagnen im Milieu der organisierten Homosexuellen haben deutliche Wirkungen gezeigt. Vermehrt müssen **Aktionen im Bereich der homosexuellen Randszene** unternommen werden (z.B. durch Gassenarbeiter, durch Hinweise in bestimmten öffentlichen WC's, durch bessere Zugänglichkeit von Präservativen etc.).
24. Für betroffene Personen kann ein Bedürfnis nach **Begegnungsorten ohne gleichzeitige Etikettierung** festgestellt werden. Die Gruppen und Beratungsstellen der AHS genügen nicht immer, insbesondere dort wo sie eine deutliche Zugehörigkeit zu homosexuellen Gruppierungen aufweisen.
25. Die **Drogenabhängigen** bleiben nach wie vor ein schwieriges Problem. Die schon bisher in diesem Bereich tätigen Personen müssen hier vordringlich einbezogen werden. Dabei müssen die Hauptbotschaften über entsprechende Drogenfachleute und szenennahe Personen an die Drogenabhängigen gelangen.

Die entsprechenden Fachleute sollten sich deshalb auf allen Stufen der Kampagne besser beteiligen.
26. Die Aktionen und Beratungsangebote für Drogenabhängige müssen äusserst einfach sein, da sie öfters unter einer Einschränkung ihrer Verständisfähigkeit leiden.
27. **Ausnahmen bestätigen die Regel**: die Tatsache, dass ein Partner eines HIV positiven Drogenabhängigen (noch) negativ geblieben ist, stellt die Grundkenntnisse über die Uebertragungswege nicht in Frage.
28. **Die Zugänglichkeit von sterilem Injektionsmaterial muss weiter verbessert werden**. Die kantonalen Behörden sollen zu entsprechenden Schritten

ermutigt werden. Die Vereinfachung des Ankaufes z.B. in Apotheken könnte verbessert werden.

29. **Die Verstärkung der AIDS-Prävention in den Kantonen** sollte durch einen intensiveren **Austausch von Erfahrungen und Materialien** unterstützt werden. Sämtliche an der AIDS-Prävention beteiligten Berufsgruppen, bzw. Institutionen sollten an einem solchen Erfahrungsaustausch beteiligt werden.
30. Um den Eigenheiten der drei Sprachregionen besser Rechnung zu tragen, könnte es unter Umständen sinnvoll sein, **in jeder Sprachregion eine Institution als Dokumentationszentrale** für AIDS-Prävention zu bestimmen. Ueber diesen Mechanismus könnten die entsprechenden regionalen Partner bei der Ausgestaltung von Botschaften im Rahmen der STOP-AIDS Kampagne besser beigezogen werden.

3. INTRODUCTION

Avec une incidence cumulée de 45.8 cas par million d'habitants, la Suisse est le pays européen qui compte le plus de cas déclarés de SIDA (299 au 30.9.87)¹. 65 % des malades sont des homosexuels ou bisexuels, 18 % des toxicomanes, 9 % des personnes chez qui la transmission hétérosexuelle est présumée (soit parce qu'ils ont eu des partenaires atteints du SIDA ou à risque élevé, soit qu'ils proviennent de pays où la transmission hétérosexuelle est prédominante); 2 % des cas sont des enfants; les hémophiles et les receveurs de sang représentent chacun moins de 1 % des cas; pour 4 % des malades, l'origine du SIDA demeure incertaine. 20'000 à 30'000 personnes sont probablement déjà porteuses du virus. Selon les données provenant du dépistage, environ un tiers sont des femmes.

Cette situation préoccupante a incité l'autorité sanitaire suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), à définir une stratégie de lutte contre le SIDA qui couvre les domaines de la surveillance épidémiologique, de l'information au public et du soutien social aux membres des groupes exposés, aux séropositifs et aux malades².

L'OFSP en collaboration avec l'Aide Suisse contre le SIDA (ASS) a lancé en février 1987 au niveau national une campagne multi-médias de prévention contre le SIDA (Campagne STOP-SIDA) qui s'inscrit dans une stratégie visant à réduire, voire supprimer la transmission du virus d'immunodéficience humaine (VIH). Le but initial de la campagne STOP-SIDA est de promouvoir l'usage des préservatifs lors des relations sexuelles occasionnelles et d'inciter à abandonner l'échange de matériel d'injection en cas de toxicomanie. Elle fait suite à la distribution tous ménages en mars 1986 d'une brochure d'information en matière de SIDA. La deuxième phase de la campagne, en mai 1987, a ajouté un message rappelant que la fidélité est aussi un moyen de se protéger contre cette maladie. La troisième phase (octobre 1987) présente toutes les situations sans risques. L'ensemble de ces messages ont été diffusés en utilisant toute une variété de canaux de diffusion (affiches, télévision, radio, cinéma, journaux).

Une partie de l'action de prévention consiste à stimuler des multiplicateurs, qui répèteront au niveau régional et local les messages, en les adaptant et en les renforçant en fonction des groupes cibles (voir figure 1).

1 Bull OFSP n° 43, 29 octobre 1987.

2 OFSP: Concept de lutte contre l'épidémie du SIDA en Suisse, Berne, 8 avril 1987.

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne a été chargée d'évaluer l'efficacité de cette campagne dans la population³.

Le mandat consiste à mesurer l'impact de la campagne en terme d'acceptabilité de la prévention et de changement de comportements, d'attitudes, de croyances et de connaissances en ce qui concerne le SIDA dans la population résidante en Suisse et des sous-groupes de cette population.

L'évaluation est construite de manière à mesurer des **résultats** (modifications de comportements) et des éléments du **processus** lui-même afin d'identifier la chaîne des influences et la qualité de l'impact dans les différents milieux sociaux visés. Cette évaluation doit permettre aux responsables de la campagne d'adapter le contenu et la forme de celle-ci; dans ce but des rapports de feedback sont remis à l'OFSP tous les 6-7 mois. Il a été par conséquent nécessaire de développer un design qui combine une diversité de méthodes, permettant d'observer rapidement et avec suffisamment de certitude les changements de comportements, d'attitudes, de croyances, de connaissances, de mettre en évidence les facilitateurs et surtout les points de résistance, de pouvoir décrire et analyser le processus de diffusion de la campagne. La méthodologie de la recherche et les biais qui en découlent sont discutés en détail dans l'annexe.

Remarques concernant la terminologie employée: Notions de "groupes à risques", "groupes cibles" et "groupes étudiés"

Les risques de transmission du VIH par relations sexuelles, par échange de matériel d'injection ou lors de la grossesse sont associés à des comportements susceptibles d'être adoptés sous des formes différentes, avec des significations différentes, et à des fréquences différentes dans divers groupes sociaux (ou catégories sociales). Bien plus, les contextes particuliers de ces groupes, en termes de position sociale, de culture et d'identité de groupe, constituent des facteurs essentiels dans les choix des comportements et des attitudes face aux risques de SIDA et face aux programmes de lutte contre cette maladie. C'est la raison pour laquelle aussi bien les programmes d'intervention préventifs que les études d'évaluation doivent être différenciés, afin de tenir compte des spécificités de la problématique du SIDA dans les groupes et catégories concernés de la population. On parlera alors de "**groupes cibles**" des programmes d'intervention et de "**groupes observés**" par les études d'évaluation.

La notion de "**groupes à risques**" issue de l'approche épidémiologique a une autre signification. Elle est utilisée dans le cadre de la surveillance de l'incidence de la maladie ou de l'infection VIH, et a été (abusivement) mise en avant dans le cadre de la construction médiatique de l'image du SIDA, associant fortement la maladie à des groupes sociaux marginaux ou déviants. Il s'agit donc d'en tenir compte en tant que représentation médiatique de la maladie, et d'analyser les effets propres de ce type de perception sur les attitudes et comportements des divers segments de la population.

Par conséquent, il nous semble souhaitable d'adopter, sur le plan épidémiologique, une définition plus appropriée que celle de "groupes à risques", par exemple en retenant l'idée des "**classes de risques**" (= modes de transmission) ou en parlant de "**groupes exposés**".

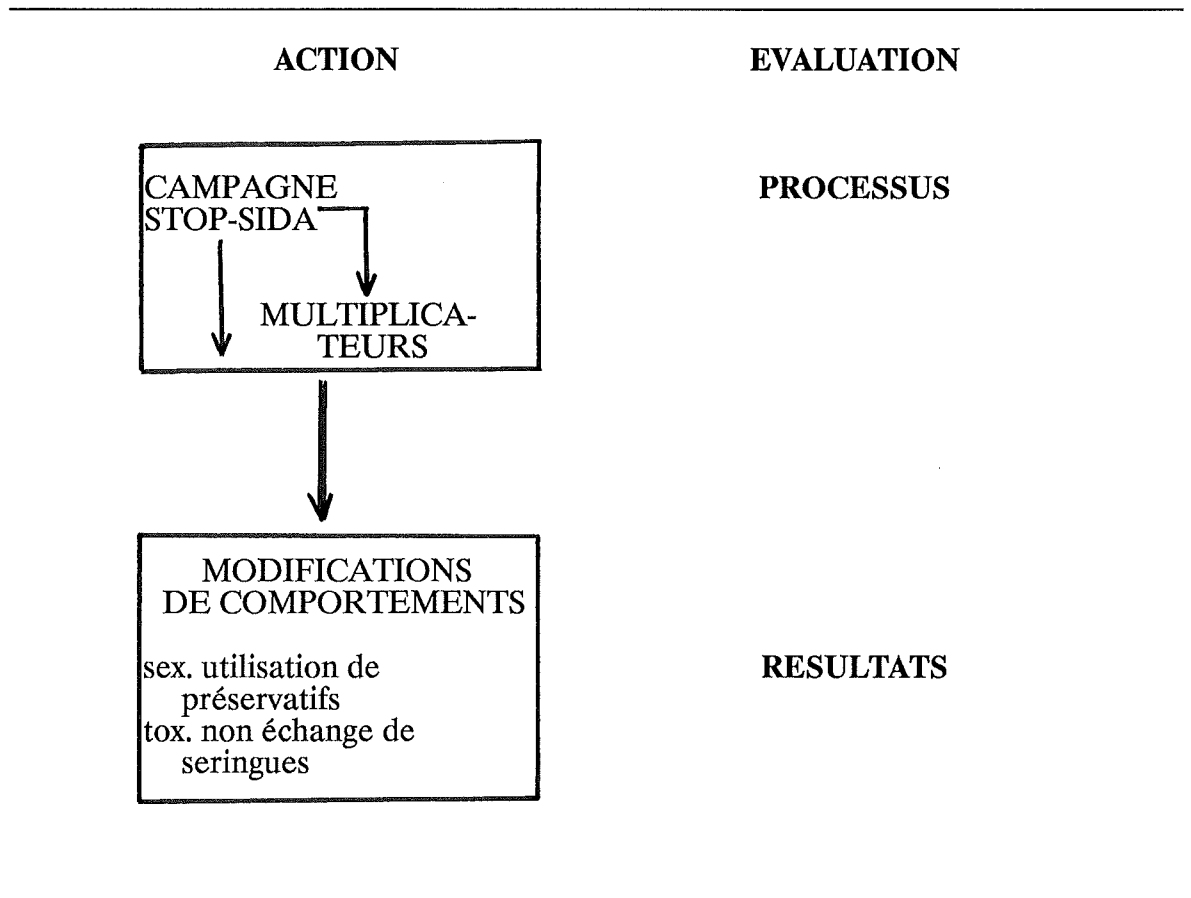
Le présent rapport se divise de la manière suivante: d'abord une introduction présentant les différentes études et populations étudiées, ensuite une

3 Contrat du 3 mars 1987 entre l'OFSP et l'IUMSP, et Ph. Lehmann, D. Hausser, F. Dubois, F. Gutzwiller: Protocole d'évaluation de la campagne de lutte contre le SIDA de l'OFSP, 1987-1988. Cah Rech Doc IUMSP n° 16.1 et 16.2.

discussion des changements en termes de résultats, puis une description du processus des campagnes, enfin une analyse de l'efficacité de la campagne STOP-SIDA sur les changements de comportements.

Les rapports des études sectorielles sur lesquelles est basée la synthèse sont édités séparément.

Figure 1: Relation entre la campagne et l'évaluation



Le fondement scientifique de l'ensemble de la démarche d'évaluation est fondé sur le **modèle de modification des comportements** adapté d'après celui développé par A. McAlister à partir des théories de l'apprentissage social et de la communication⁴ (voir figure 2).

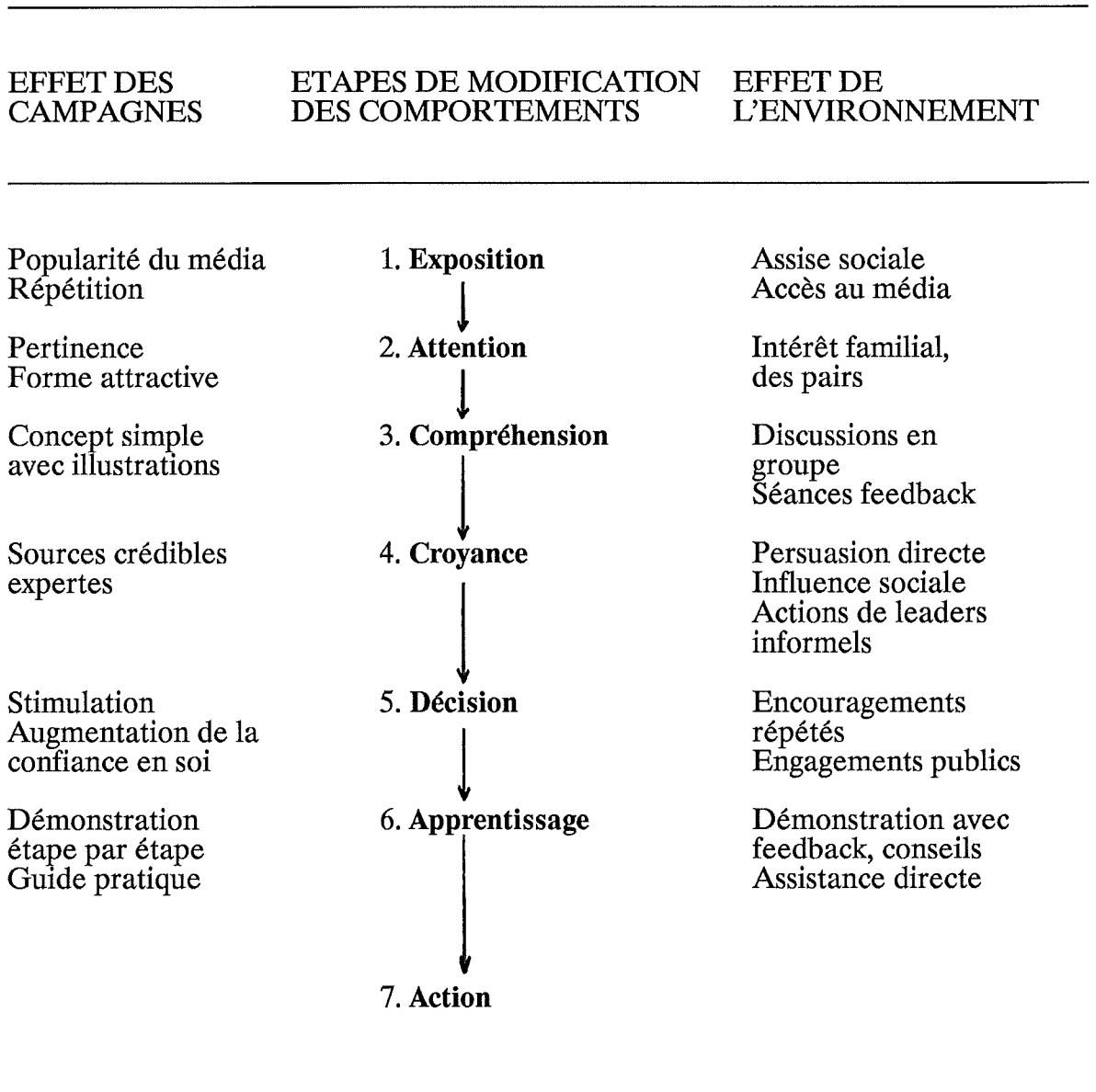
Rappelons que ce modèle suppose:

1. que l'adoption de comportements nouveaux sous l'influence d'une intervention éducative passe chez l'individu par une succession de phases, allant de l'exposition aux influences et l'attention aux messages à la compréhension des informations, l'adoption de croyances, la décision d'agir, l'apprentissage pratique, et ainsi jusqu'à l'action effective;

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

2. que l'efficacité des influences exercées en vue de modifier des comportements demande des interventions adéquates auprès du public-cible à toutes les phases du processus d'apprentissage;
3. que l'environnement social joue sur le public-cible un rôle adjuvant ou inhibiteur de l'adoption de comportements nouveaux, ceci par toutes sortes d'influences, exercées elles aussi à toutes les phases du processus d'apprentissage;
4. que l'efficacité des campagnes dépend donc fortement des interactions favorables obtenues entre les interventions directes des programmes éducatifs et les influences de l'environnement.

Figure 2: **Modèle de modification de comportements adapté d'après Mc Alister**



L'ensemble du projet est constitué de 13 travaux de recherche menés par 7 équipes et couvrant les 3 régions linguistiques de la Suisse (voir tableau 1). La conception d'ensemble, la coordination et la synthèse sont assurées par le groupe d'évaluation SIDA de l'IUMSP de Lausanne (Dominique Hausser et Françoise Dubois-Arber, médecins, Philippe Lehmann, sociologue) sous la responsabilité de Felix Gutzwiller, directeur de l'IUMSP. Les 13 études sectorielles sont confiées soit à des membres de l'IUMSP, soit à des chercheurs psychologues, sociologues, médecins, travailleur social.

Les personnes chargées des études de comportements ont fait usage d'interviews standardisés ou en profondeur et de questionnaires, s'adressant à plus de 5'500 personnes de tous les milieux concernés, dans l'ensemble de la Suisse.

Tableau 1: Etudes et variables

RESULTATS	VARIABLES	ETUDES
Utilisation des préservatifs	ventes	MARCHE DU PRESERVATIF (1)
	comportements à risque, de protection	17-30 ANS (2)
	comportements à risque, de protection	SENTINELLA (3)
Connaissances	connaissances	JEUNES TESSINOIS (4)
Attitudes et comportements (groupes ciblés)	connaissances	ADOLESCENTS (5)
	croyances	DRAGUEURS (6)
	attitudes	HOMOSEXUELS (7)
	comportements	TOXICOMANES (8)
		SEX-TOURISTES (9)
PROCESSUS		
Campagne OFSP-ASS (STOP-SIDA)	diffusion audience	DIFFUSION (10)
	répercussions dans la presse	ARGUS/MEDIA (11)
	réception	Etudes 5 à 9
Multiplicateurs	reprise du message STOP-SIDA nouveaux messages	ARGUS/MEDIA
	actions informelles	LEADERS INFORMELS (12)
	actions institutionnelles	CANTONS (13) ARGUS/MEDIA

3.1 Etudes de résultats

Les études 1 à 4 fournissent des informations quantitatives sur l'évolution des comportements et des connaissances. Il s'agit cependant de mesures relativement grossières, les variables à appréhender étant complexes. De plus ces études ne fournissent pas de données sur les mécanismes et les motivations des changements de comportements, d'attitudes et de croyances.

3.1.1 MARCHÉ DU PRÉSERVATIF (Etude no 1, Françoise Dubois-Arber, IUMSP, Lausanne)

Il s'agit de mesurer le volume de la vente des préservatifs et son évolution au cours du temps. Le nombre de points de vente et son évolution au cours du temps sont également déterminés.

Les données sont recueillies auprès des principaux producteurs, distributeurs, vendeurs de préservatifs, qui représentent la plus grande partie du marché en Suisse.

Cette étude se poursuivra en 1988.

3.1.2 17-30 ANS (Etude no 2, Peter Zeugin, IPSO Sozial- und Umfrageforschung, Zürich)

Le but est de mesurer les changements des comportements à risque (appréhendés par le nombre de partenaires sexuels occasionnels) et des comportements de protection (utilisation de préservatifs)

Deux enquêtes téléphoniques identiques (t0 en janvier 1987, t1 en octobre 1987) cherchent à mesurer l'effet de la campagne (utilisation du préservatif et nombre de partenaires) auprès de la population résidante en Suisse allemande (800) et romande (400) âgée de 17 à 30 ans. La tranche d'âge a été choisie du fait que les comportements à risque y sont plus fréquents que dans les groupes plus âgés.

Une enquête t2 est prévue en été-automne 1988.

3.1.3 SENTINELLA (Etude no 3, Felix Gurtner, Programme Sentinella, OFSP, Bern)

Le but de l'étude est d'observer les comportements à risque et de protection chez des clients célibataires des médecins participant au programme Sentinella, ainsi que la capacité des médecins d'aborder ce sujet avec leurs patients, même si ceux-ci viennent consulter pour un problème complètement indépendant.

En janvier 1987, 34 médecins ont interrogé 495 personnes leur permettant de remplir un petit questionnaire. Une seconde vague d'interviews a été réalisée entre octobre 1987 et janvier 1988 auprès de 25 médecins, réunissant 350 questionnaires.

L'étude est actuellement presque terminée.

3.1.4 JEUNES TESSINOIS (Etude no 4, Mauro di Grazia, Dipartimento delle opere sociali del Ticino, Bellinzona)

Une enquête par questionnaire a été réalisée entre mars et juillet 1987 auprès 1682 jeunes hommes de 19 ans lors de la visite médicale du recrutement de la zone VIIB, permettant de recueillir des informations concernant l'état de santé, les facteurs de risque pour la santé et quelques aspects des connaissances sur le SIDA.

Il est prévu une extension de l'étude en 1988, dans le but d'obtenir des informations semblables chez les jeunes filles tessinoises.

Dans les études 5 à 9, il s'agit de déterminer s'il y a des changements de comportements, d'attitudes, de connaissances, comment ces changements s'opèrent et comment ces différents groupes ont réagi aux campagnes de prévention du SIDA. L'approche proposée est fondée sur les typologies complexes des groupes sociaux ou des catégories sociales, définis par des paramètres socio-démographiques, par des types de comportements ou par des cultures communautaires.

Ceci a conduit les chercheurs à adopter selon les cas des méthodes d'échantillonnage quantitatives ou qualitatives, en fonction de la nature des paramètres démographiques ou socio-culturels permettant d'identifier les membres des groupes choisis. Les conditions de faisabilité des enquêtes, notamment de recueil des informations pertinentes sur les processus d'adoption de comportements et sur les rôles des différentes influences subies, ont déterminé quant à elles les modalités (standardisées ou en profondeur) des interviews réalisées. Il s'agit avant tout de saisir la totalité des phénomènes importants, plutôt que d'en mesurer la taille ou l'occurrence à des décimales près. Cela d'autant plus qu'il est impossible d'établir les dénominateurs des groupes ou des types de comportements sur lesquels on observe des changements.

3.1.5 ADOLESCENTS (Etude no 5, Marie-Claire Mathey, Inge Schroeder, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zürich)

La population observée est composée de 170 apprentis de différentes professions (coiffeuses, électriciens, vendeuses, menuisiers...) dans une dizaine de classes choisies dans toute la Suisse.

En plus de discussions en groupe, un questionnaire individuel rempli en deux temps (l'un au début de la séance concernant leurs impressions sur la campagne, l'autre à la fin sur des comportements et attitudes en relation avec les problèmes du SIDA) a permis d'observer les comportements personnels, éliminant l'influence des leaders de classe, qui est importante dans les discussions.

L'étude est actuellement terminée.

3.1.6 DRAGUEURS (Etude no 6, Jean-Blaise Masur, Genève)

Cette population est définie comme des adultes ayant des comportements actifs de recherche de relations et de partenaires hétérosexuels (en moyenne plusieurs partenaires par mois). 50 personnes ont été interviewées dans toute la Suisse (25 en Suisse romande, 10 en Suisse allemande et 5 au Tessin). Ne sont pas inclus dans ce groupe les personnes qui ont des relations sexuelles moyennant finances.

L'étude est actuellement terminée.

3.1.7 HOMOSEXUELS (Etude no 7, Françoise Dubois-Arber, IUMSP, Lausanne)

Deux collectifs ont été constitués, l'un de 795 hommes homosexuels ayant rempli un questionnaire diffusé par voie de la presse spécialisée en Suisse, via certaines associations homosexuelles et compagnies de vente par correspondance (ce collectif comprend 15 % de bisexuels); l'autre de 43 interviews d'homosexuels qui ont répondu à l'invitation faite sur le questionnaire ou sur la suggestion d'un ami ayant participé à l'interview précédemment, ou encore en réponse à une petite annonce faite dans 2 journaux locaux. On ne retrouve pas dans ce groupe les bisexuels ou homosexuels n'osant pas affirmer leurs pratiques.

Les 2 approches utilisées permettent de confirmer les observations de l'une et l'autre étude.

L'étude est actuellement terminée. Il est cependant prévu en 1988 de faire un feedback des résultats de cette étude spécifiquement dans ce milieu. Cela permettra de bénéficier de leur aide pour une interprétation fine et de fournir des informations sur les attentes des homosexuels organisés en ce qui concerne les campagnes de prévention et d'information.

3.1.8 TOXICOMANES (Etude no 8, Hughes Wülser, Blaise Duvanel, La Chaux de Fonds)

37 personnes toxicomanes par voie intraveineuse toutes dans des réseaux d'aide plus ou moins officiels et en phase calme (sauf 4 d'entre eux) ont été interviewées. Elles ont été recrutées à Bienne, Jura bernois, Delémont, La Chaux de Fonds, Genève et Zürich.

L'étude est actuellement terminée. Il est prévu d'évaluer des projets de prévention spécifiques au monde des toxicomanes en 1988.

3.1.9 SEX-TOURISTES (Etude no 9, Mathias Stricker, Robert Steffen, ISPM, Zürich)

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une enquête plus large consistant à suivre l'apparition et l'évolution de pathologies tropicales. On cherche à mesurer les taux de séroconversion et à détecter les comportements à risque pendant le voyage.

3 groupes de voyageurs sont observés: ceux qui se rendent au Kenya, les voyageurs à destination de certains hôtels du Togo (dont le but de voyage est plus

vraisemblablement relié au tourisme sexuel) et les clients du centre de vaccination de Zürich dont on suppose qu'ils risqueraient d'avoir des comportements à risque pendant leur voyage.

L'étude est inachevée et se poursuivra en 1988.

3.2 Etudes de processus

3.2.1 DIFFUSION (Etude no 10, Dominique Hausser, IUMSP, Lausanne)

Le but est de décrire et mesurer la diffusion des messages publicitaires de la campagne STOP-SIDA.

Il s'agit de compter le nombre d'affiches collées dans les lieux publics, le nombre d'encarts dans les journaux, le nombre de spots de publicité au cinéma et à la télévision. Il est également possible d'estimer le taux de lecture théorique des messages dans la presse, le taux d'écoute à la télévision.

L'étude se poursuivra en 1988.

3.2.2 ARGUS/MEDIA (Etude no 11, Marie-Claire Mathey, Inge Schroeder, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zürich)

Analyse des messages de presse sur le SIDA, la prévention et les préservatifs. L'étude permet de décrire et de compter les articles rédactionnels et dépêches d'agences qui répercutent la campagne, de mettre en évidence les effets multiplicateurs de la campagne, et d'analyser l'image du SIDA présentée par la presse écrite. Le tirage des journaux et leur diffusion géographique permettent de savoir combien de ménages ont pu lire les articles. Toute la presse écrite publiée en Suisse est observée. Les coupures de presse sont fournies par ARGUS AG.

L'étude se poursuivra en 1988.

3.2.3 LEADERS INFORMELS (Etude no 12, Peter Zeugin, IPSO Sozial- und Umfrageforschung, Zürich)

Le but de cette étude est de connaître l'acceptabilité de la campagne par des parents, des enseignants, des ecclésiastiques, des médecins, l'intention qu'ont ces personnes de jouer un rôle actif pour la prévention, ceci à plusieurs phases de la campagne.

Les interviews se sont répétées à trois reprises (en janvier 1987, en février 1987 la semaine qui a suivi la conférence de presse et en juin 1987). Elles ont touché une cinquantaine de personnes à chaque fois.

L'étude est actuellement terminée.

3.2.4 CANTONS (Etude no 13, Marie-Claire Mathey, Inge Schroeder, Arbeitsgemeinschaft für Sozialforschung, Zürich)

Il s'agit de repérer et de décrire les mesures de prévention du SIDA mises en oeuvre dans les cantons, de montrer comment les messages sont répercutés au niveau cantonal, les programmes mis en place ou envisagés, les relations entre les différents partenaires.

Des interviews ont été menées auprès de 1 à 4 personnes ayant un rôle à jouer dans le développement de la lutte contre le SIDA dans 9 cantons (BE, GE, VD, ZH, TI, JU, SZ, TG, VS) représentant 59 % de la population suisse, différents par la taille, l'urbanisation, la religion, la langue, l'existence de groupes régionaux de l'ASS.

L'étude se poursuivra en 1988.

3.2.5 RECEPTION (dans les études 5 à 9)

L'acceptabilité et l'impact des campagnes sont analysés auprès de groupes observés; cela permet de mettre en évidence les résistances et leurs mécanismes.

3.3 Généralisations et zones d'incertitude

Peut-on généraliser les observations recueillies à l'ensemble de la population ? La combinaison des méthodologies employées permet de contrôler une grande partie des problèmes et des biais, qui sont décrits en détail au chapitre 7. Ceci permet de penser que les observations faites s'approchent de la réalité. En effet, il a été possible d'identifier les principales tendances existantes dans la société en relation avec le problème du SIDA.

Cependant il y a toute une série de phénomènes qui ont échappé à cette première phase de l'évaluation. Aucune notion précise n'a pu se dégager sur les interfaces qui existent entre les différents groupes. L'étude en 1987 ne fournit pas d'information sur les comportements à risque de la "zone" (jeunes en marge de la société, à la frontière entre la toxicomanie, la délinquance et la "normalité") et l'impact qu'a eu la campagne sur ce milieu. Elle ne contient pas non plus de données sur les réactions personnelles ou professionnelles face au problème SIDA des différents multiplicateurs.

Aucune étude ne porte sur le milieu de la prostitution; dans ce cas une enquête ne semblait pas réalisable, tant des points de vue pratique, éthique que méthodologique.

Pour conclure cette introduction, il est clair que les observations faites dépassent largement le cadre des sujets interviewés et que les conclusions sont généralisables à la population. Ceci parce que la synthèse de l'ensemble des études permet de comprendre les évolutions de comportements au delà de chacun des groupes observés. Le comblement des lacunes mentionnées permettra d'affiner les conclusions et de fournir des données nouvelles pour la suite de la campagne STOP-SIDA. Dans ce sens il sera aussi très utile de vérifier comment l'évaluation est prise en considération par les responsables de la campagne.

3.4 Remerciements

Le bon déroulement de cette évaluation n'aurait pu avoir lieu sans le travail important fourni par l'ensemble des différents collaborateurs. Il n'y aurait rien à raconter sans la coopération de nombreuses personnes qui ont accepté de participer aux différentes études, certaines passant par dessus leurs peurs, leurs angoisses, prêtes à parler de leurs difficultés, de leur maladie, de leur mort. Tout cela dans le but de lutter contre le SIDA, d'éviter à d'autres les problèmes qu'elles sont en train d'affronter. Qu'elles soient ici très vivement remerciées.

4. CHANGEMENTS EN COURS DANS LA POPULATION SUISSE

4.1 Les connaissances essentielles sont acquises

Toutes les études et enquêtes entreprises en Suisse montrent que la population dispose actuellement d'un bon niveau de connaissances sur le SIDA. Par rapport à la situation au début de 1986, qui n'était déjà pas mauvaise, on avait déjà pu observer les effets de la brochure d'information de l'OFSP et de l'ASS chez ceux (56 % des adultes) qui l'avaient lue⁵. La répétition d'informations sur la nature de la maladie et les modes de transmission font que maintenant, les connaissances de la population sont de plus en plus précises.

Les enquêtes menées auprès des apprentis d'Yverdon sans campagne d'information spécifique⁶ et auprès des JEUNES TESSINOIS au moment du recrutement montrent que plus de 90 % d'entre eux connaissent les modes de transmission sexuels et par les seringues, et nient les risques de contagion par les contacts quotidiens et les insectes. Ils savent également que la fidélité, les préservatifs et le non-échange de seringues protègent de l'infection et qu'on ne dispose pas d'un vaccin. Les 17-30 ANS affirment aussi à 97 % l'absence de risque lors de contacts avec des personnes malades du SIDA. Ces connaissances sont également partagées par les membres des différents groupes particuliers observés par les études qualitatives.

Depuis 1986, on assiste à une disparition progressive des connaissances fausses quant aux modes d'infection, sauf que subsiste l'affirmation d'un risque lors des transfusions de sang chez près de la moitié des 17-30 ANS (septembre-octobre 1987: 43 %). Cette croyance était partagée au début de 1986 par 54 % des 20-69 ans avant la diffusion de la brochure de l'OFSP, et par 43 % des lecteurs. Elle est de plus de 80 % des JEUNES TESSINOIS. Il est cependant difficile d'interpréter cette donnée car il est possible qu'un certain nombre de personnes considèrent le risque résiduel des transfusions (qui peut exister mais qui est nul en termes de probabilité) comme un risque réel. Les autres modes de transmission erronés ne sont crus que par de très faibles minorités. Un doute subsiste chez certains concernant la transmission par la salive (surtout chez les jeunes, par exemple chez 18 % des JEUNES TESSINOIS).

5 Ph. Lehmann, D. Hausser, B. Somaini, F. Gutzwiller: Campaign against AIDS in Switzerland: evaluation of a nation wide education program. BMJ, 1987, 295, 1118-1120.

6 J. Resplendino - PA. Michaud: Exposition MST et SIDA, EPSIC / Yverdon. Poster aux journées de la société suisse de médecine sociale et préventive, Basel, 1987.

Ces connaissances théoriquement acquises n'empêchent pas que des facteurs d'inhibition viennent parfois les mettre en doute. Il ne s'agit pas d'erreurs ou d'ignorance, mais plutôt de perceptions contradictoires qui favorisent une contestation des connaissances acquises. Ce type de phénomène est probablement plus lourd de conséquences quant à l'adoption de conduites sans risques. Il s'agit notamment des phénomènes suivants:

- le rôle de certaines exceptions à la règle qui démontreraient la fausseté de ce qui est dit haut et fort, comme en témoignent quelques couples toxicomanes qui ont des relations sexuelles non protégées et restent l'un séropositif, l'autre séronégatif;
- l'impression, surtout chez certains jeunes, qu'on cache des choses au public, qu'on en sait plus que ce qu'on dit, impression confirmée périodiquement par des articles de presse ("SIDA, les vérités qu'on vous cache", L'Express, 6.11.87);
- l'impression que les consignes sur ce qui est sûr ou non ont tellement évolué qu'on n'en sait rien vraiment, et qu'elles pourraient encore changer, particulièrement présente chez des homosexuels;
- l'incrédulité tant que l'on n'a pas vu des malades: on aimerait parfois bien en voir pour croire (sans faire du voyeurisme par ailleurs), disent volontiers des jeunes;
- et finalement l'"Informationssalat" des médias, surtout lorsqu'ils mélangent des informations générales exactes et des faits divers absolument non-pertinents, ou lorsqu'ils illustrent des articles au contenu par ailleurs correct avec des images-choc qui le contredisent (par exemple, un couple qui s'embrasse avec un masque).

On n'observe pas de différence manifeste de niveau de connaissances selon les groupes d'âge, de sexe, de formation scolaire ni entre les régions linguistiques, comme le montre notamment l'étude 17-30 ANS.

A propos des transfusions, les Suisses se trompent pourtant moins que les citoyens des USA (69 %)⁷, les Anglais (>80 %)⁸ et les Allemands de l'Ouest (65 %)⁹. Il est d'ailleurs difficile d'être absolu lorsqu'on évoque ce type de risque, compte tenu des possibilités de faux négatifs, du second virus... C'est donc une notion probabiliste. Cette erreur quant au risque de contagion est probablement sans grand effet sur l'adoption de comportements de protection, puisque les classes de comportements concernés sont très éloignées. On aperçoit par ailleurs des craintes réelles vis-à-vis des transfusions en cas de voyage à l'étranger.

L'effet n'est pas pareil avec les erreurs concernant le baiser ou les contacts corporels quotidiens, qui peuvent très nettement inhiber l'adoption de préservatifs ou le non-échange de seringues chez quelques individus, parce qu'"en amont" des conduites véritablement à risque.

Parmi les lacunes de l'information, relevons encore l'ignorance de la notion de réinfection, comme accroissement du danger, particulièrement chez les

7 US National Center for Health Statistics, août 1987.

8 BMRB mars 1986-avril 1987; > 90 % selon Gallup polls nov. 1986-mars 1987.

9 FORSA avril 1987.

homosexuels et les toxicomanes. Il s'agit d'ailleurs d'un message qui a été très peu diffusé.

Enfin, parmi les erreurs, relevons la confusion qui existe entre propreté, bonne mine, bonne allure, distinction et absence de risque, notamment dans le choix des partenaires. Une image persistante chez certains veut que le SIDA, ça se voit, c'est physiquement dégradant, on peut donc bien s'en rendre compte. Cette idée s'inscrit dans une autre confusion, celle entre séropositifs et malades, qui reste souvent sous-jacente bien que la notion d'infection latente commence à être largement comprise sur le plan intellectuel.

4.2 De plus en plus de gens se sentent concernés

La très grande majorité des gens sont convaincus de la réalité du problème du SIDA, comme phénomène important, même s'il n'est pas perçu comme une menace majeure pour la santé de la population en général. On accepte bien l'information sur ce sujet, les efforts de prévention des autorités sont jugés légitimes. En 1986 (dans la population interrogée lors de l'évaluation de la brochure), le SIDA apparaissait comme 10ème problème de santé; en 1987, il est classé en 3ème position par les JEUNES TESSINOIS, après la drogue et les accidents de circulation.

L'appréciation générale est donc plutôt correcte.

Les croyances sont en revanche beaucoup plus inadéquates pour une fraction sensible de la population générale quant à la probabilité du risque pour soi. C'est notamment le cas chez les jeunes, quand ils évoquent leurs premières aventures entre adolescents. Et aussi chez leurs parents, qui semblent avoir trop tendance à faire confiance à la capacité de leurs enfants à choisir des partenaires "sans risques". Il est difficile d'admettre que cela (le risque de SIDA) puisse arriver à des gens comme soi, alors que l'on a tant associé le SIDA à des classes d'individus déviants.

Reste relativement forte en effet l'idée que "ça n'arrive qu'aux autres", en particulier aux homosexuels, aux toxicomanes, ou à "ceux qui couchent avec n'importe qui n'importe quand". L'image qu'a on de la population à risque semble bien avoir débordé le ghetto exclusif des homosexuels pour inclure les "gens qui vivent dans la promiscuité et l'inconduite". Ce type de représentation reste fondé sur la notion de groupe foncièrement différent de la norme, même si, en incluant la classe de risque des contacts hétérosexuels, la population jugée concernée s'est nettement rapprochée de l'individu ordinaire.

Cette représentation subsiste bien qu'une grande partie de l'effort de propagande ait été consacrée depuis la brochure de 1986 à faire comprendre que le virus ne tient pas compte des groupes à risque. Les publicités anglaises ont eu des expressions saisissantes pour le dire: "le virus n'est pas homosexuel", ou "how gay you have to be for getting AIDS ?" Les documents suisses ont choisi un discours plus discret, mais aussi très clair à ce sujet.

La délimitation d'une population à risque différente de la norme est aussi un produit constant de l'image donnée par les médias. Sans forcément argumenter dans ce sens, la persistance d'exemples ou d'allusions aux membres des "groupes à

risque" dans les dépêches de presse, chaque fois qu'ils parlent de malades (souvent étrangers) focalise encore la notion de risque sur le caractère homosexuel ou sur la toxicomanie.

Néanmoins, cette perception n'empêche pas que bon nombre des personnes semblent maintenant convaincues que la possibilité existe, dans le cours normal de leur existence ou tout près (hors de la relation de couple totalement fermée), de se trouver exposé au VIH. C'est tout à fait évident chez les adolescents, qui sont convaincus qu'ils auront plusieurs partenaires sexuels dans les prochaines années, car ils ne peuvent s'imaginer trouver à leur âge l'âme soeur de leur vie. C'est aussi évident chez les représentants de groupes à forte mobilité sexuelle, comme les homosexuels, les dragueurs, les sex-touristes, les toxicomanes. Des 17-30 ANS, on peut aussi remarquer que 53 % s'estiment personnellement concernés par la prévention du SIDA.

Tableau 2: Des 17-30 ANS, combien s'estiment personnellement concernés par la prévention du SIDA ? (octobre 1987)

	Suisse alémanique (N=947)	Suisse romande (N=265)
	55 %	43 %
Hommes		
17-20 ans	49 %	46 %
21-25 ans	55 %	45 %
26-30 ans	55 %	41 %
Femmes		
17-20 ans	57 %	41 %
21-25 ans	56 %	41 %
26-30 ans	60 %	42 %
Mariés	53 %	36 %
Couples non-mariés	52 %	45 %
En relation stable	62 %	42 %
Sans relation	57 %	46 %

On ne voit pas de différence significative sur cette question dans cet échantillon. L'écart entre les régions linguistiques peut être dépendant de la signification de la notion de "personnellement concerné" / "Persönlich angesprochen".

La proportion élevée de personnes qui se sentent individuellement concernées par la prévention, et donc par le risque du SIDA, représente un passage à un stade nouveau dans les convictions/croyances relatives au SIDA, qui est probablement largement répandu chez les gens les plus exposés. Les connaissances diffusées depuis le printemps 1986 au sujet des circonstances à risque (donc aussi sur le type de population concerné par le risque) sont en train

de passer au niveau des croyances. L'évolution dans le temps n'a pas été la même pour tous les groupes, plus précoce chez les homosexuels et peut-être chez les dragueurs, tardive mais plus accélérée chez les adolescents...

Ce passage des connaissances aux croyances ne signifie pas encore que tous, au moment où il le faudrait, adoptent des conduites sans risque. Il signifie cependant une progression notable par rapport aux observations faites il y a deux ans et cette progression encore en évolution portera ses fruits dans quelques mois ou années.

4.3 Les attitudes face au SIDA et à la prévention évoluent rapidement et induisent des comportements divers

Dans les différents groupes étudiés, on retrouve un certain nombre d'attitudes, face au SIDA d'abord et face aux messages de prévention ensuite, qui se ressemblent, avec des nuances dans chaque groupe.

La confrontation au phénomène du SIDA conduit souvent à une attitude de **rejet**, de **négation** du problème: "le SIDA ne me concerne pas", "le SIDA, c'est les autres". Il s'agit d'un refus de considérer le risque éventuel pour soi, de se poser concrètement des questions en examinant ses propres comportements, passés, présents, futurs. Il peut y avoir alors un report de tout le poids du SIDA sur des "groupes à risque" désignés (tels que les médias en parlent), ou sur des sous-groupes à l'intérieur de ces groupes (pour les jeunes par exemple: "moi ça ne me concerne pas, j'ai une copine; ça concerne ceux qui couchent avec n'importe qui"). Cette attitude primaire de négation qui porte en elle les germes de réaction d'ostracisme se retrouve dans tous les groupes étudiés à un moment ou à un autre. Elle diminue et disparaît si l'information et l'ouverture à la discussion augmentent: plus on connaît la maladie, ses modes de transmission, plus on peut aborder ce problème avec des gens autour de soi, plus on est capable de réfléchir à son propre risque sans chercher des "boucs émissaires".

La **peur** existe aussi dans tous les groupes étudiés, à des degrés divers. Dans la population générale de 17 à 30 ans, la peur (d'attraper le SIDA) est présente, mais elle n'a pas augmenté au cours des mois si l'on considère l'ensemble de la Suisse: 18 % des répondants disent en septembre 1987 qu'ils ont peur, alors qu'ils étaient 24 % en janvier. Dans un contexte où l'on parle beaucoup de SIDA, où les cas continuent à augmenter, ceci traduit certainement une attitude assez réaliste face à la maladie... En revanche, la peur semble avoir diminué chez les répondants Suisses alémaniques et augmenté chez les Suisses romands. Le sens du mot peur est peut-être différent dans les 2 langues.

Tableau 3: **Peur d'attraper le SIDA chez les 17-30 ANS**

	janvier 1987	octobre 1987
Suisses allemands	25 %	14 %
Suisses romands	21 %	31 %
Total	24 %	18 %

Environ 30 % des patients célibataires interrogés dans le cadre de l'étude SENTINELLA disent qu'ils ont peur d'attraper eux-mêmes le SIDA. Mais la discussion permet de mettre en évidence que cette peur n'est reliée que pour une très faible minorité d'entre eux à l'existence d'un risque personnel effectif.

Chez les adolescents interrogés, on retrouve des peurs, plutôt sous forme d'inquiétude, de questions ouvertes: est-ce que vraiment on sait tout sur la transmission du SIDA, comment gérer la protection dans les nouvelles relations, comment ne pas gâcher l'amour avec des histoires de préservatifs ? Chez eux, pas de panique, mais un début de prise de conscience, de réelle confrontation au risque pour soi (l'idée que l'on est personnellement concerné par le risque). Et c'est alors moins la peur de la maladie en soi qui pose problème que la peur de ne pas oser introduire la discussion sur le SIDA dans une relation amoureuse.

Naturellement, c'est chez les toxicomanes et les homosexuels interrogés que la peur du SIDA est la plus répandue, puisqu'il s'agit d'une réalité très proche pour eux. La peur est générale chez les toxicomanes interviewés et elle semble avoir provoqué une volonté de s'informer inhabituelle pour eux. La peur est aussi majoritaire chez les homosexuels. On perçoit bien dans ce groupe l'évolution de la peur au cours du temps et sous l'influence de l'amélioration de l'information: de la peur-panique entraînant des conduites irrationnelles (négation totale du SIDA et refuge dans la fuite en avant, bruits qui courent sur les séropositifs "qui feraient exprès de propager le SIDA", etc) une peur "raisonnable" (peur du risque résiduel du safer-sex, peur des exceptions dans la protection, peur de ne pas supporter la séropositivité, la maladie, crainte de rejet social...).

La peur est aussi liée à la proximité du SIDA: chez les 17-30 ANS, 13 % connaissent quelqu'un de séropositif, malade ou mort du SIDA; chez les homosexuels interrogés (questionnaire), ils sont 60 % à connaître personnellement quelqu'un dans cette situation.

Tableau 4: **Peur du SIDA / Connaissance de gens atteints**

	17-30 ANS	HOMOSEXUELS
ont peur du SIDA	18 %	80 %
connaissent personnellement des gens atteints	13 %	60 %

Il semble donc que l'on passe d'une peur-panique, avec tous les dangers que cela comporte en termes de comportements irrationnels, à une peur-inquiétude qui aide plutôt à affronter des questions pertinentes: comment se protéger ? comment accompagner les malades et les séropositifs ? comment éviter les ségrégations sociales ? ...

D'autres attitudes sont repérables dans la confrontation du SIDA, avec leurs répercussions possibles en termes de comportements:

- la **relativisation** du fait SIDA qui s'exprime chez les toxicomanes par exemple par le discours que "le SIDA c'est un problème de plus, comme l'hépatite ou l'overdose" ou chez les jeunes ("la mort des forêts c'est un problème plus important" ou "on pourrait aussi dire stop-auto"). Ce type d'attitude tend aussi à masquer la gravité et la spécificité du SIDA ou à permettre d'éviter de se poser la question du risque personnel que l'on court.
- le **découragement**, l'impression, rencontrée surtout parmi les groupes les plus touchés, que le SIDA est tellement menaçant et inévitable, que la prévention est trop difficile à mettre en pratique, et que l'on est donc quasi cerné. Cette attitude peut induire des abandons de protection ("A quoi bon, de toute façon..."). Chez les toxicomanes, cette attitude peut remettre en cause totalement des projets de désintoxication et de réinsertion sociale.
- le **marchandage**, la **conjuración**: c'est une attitude de demi-acceptation de la réalité du SIDA où l'on essaie de se protéger de façon un peu magique: chez les toxicomanes cela peut s'exprimer par le désir de grossesse malgré une séropositivité (amour et enfant sont plus forts que la maladie), chez les jeunes par le fait d'avoir sur soi des préservatifs dans sa poche comme un grigri qui protège (sans forcément en faire usage), chez les homosexuels par la mise en pratique d'une consigne seulement de safer-sex ("j'ai diminué le nombre de mes partenaires, donc je me protège du SIDA").

En revanche on n'a jamais rencontré le **cynisme** dans les groupes étudiés, bien que ce type d'attitude fasse partie de l'imagerie populaire (le séropositif qui infecterait sciemment les autres par dépit). Ce fait mérite d'être souligné.

Les diverses attitudes rencontrées à l'égard du SIDA semblent déterminer en partie, d'une part une attitude face à la prévention du SIDA (pertinente et

utile ou pas) et d'autre part des comportements (de protection ou de non-protection). Par exemple quelqu'un qui a une attitude de déni du SIDA ("le SIDA c'est chez les drogués, je n'en suis pas un et je ne les fréquente pas"), aura une attitude ambivalente face à la prévention ("la prévention, c'est très bien, mais pour d'autres"), et par conséquent ne se protégera pas.

Souvent, il a été possible de mettre en évidence des passages d'un type d'attitude à l'autre au cours du temps, sous l'effet d'événements divers, avant qu'une personne accepte de se confronter au problème du SIDA (examen de son propre risque), adopte une attitude positive par rapport à la prévention (envisage si besoin est de se protéger ou de protéger les autres) et, le cas échéant, adopte (et maintienne) un comportement de protection. Un homosexuel raconte avoir adopté le préservatif pendant de brèves périodes sous l'effet de la panique (après une émission impressionnante à la télévision par exemple), périodes entre lesquelles il abandonnait de nouveau l'usage du préservatif avec des attitudes de négation ("dans mon cercle d'amis, il ne peut y avoir de SIDA"), avant de réfléchir sérieusement sur son propre risque, d'être convaincu de la nécessité de se protéger et le faire systématiquement. Ce cheminement est très individuel, paraît non linéaire et même capricieux et demande du temps. Il est sûrement influencé par des facteurs externes à l'individu (campagnes, expérience, entourage).

4.4 Pas de stigmatisation de groupe, mais quelques réactions individuelles de rejet

Un des enjeux importants de la prévention du SIDA est la lutte contre les effets pervers de ce que les experts de l'OMS nomment la "3ème épidémie", celle des réactions psycho-sociales, économiques et politiques à l'épidémie de SIDA. En d'autres termes: les cas de SIDA toujours plus nombreux (et qui vont encore augmenter dans les prochaines années malgré les efforts de prévention, étant donné le temps de latence entre l'infection et la maladie) vont-ils donner lieu (ou ont-ils donné lieu) à des réactions de rejet, d'isolement, d'ostracisme à l'égard des malades, des séropositifs ou des groupes sociaux qui ont été les premiers touchés?

L'étude ARGUS/MEDIA montre que l'attitude générale de la presse est plutôt favorable à la prévention, que les prises de positions contre la politique de l'OFSP et de l'ASS sont rares et apparaissent surtout par le biais des lettres de lecteurs. Les contenus du discours sur le SIDA et leur fréquence changent durant l'année 1987: par exemple, les thèmes "solidarité" et "gens concernés" (Betroffene) étaient peu présents dans les premiers mois de l'année (jusqu'en mai) pour devenir fréquemment abordés par la suite (une semaine de juin, ce sont même ces thèmes qui viennent au 1er et au 2ème rang pour la fréquence d'apparition).

On ne trouve pas non plus de signes allant dans le sens de discriminations dans les politiques en matière de SIDA mises en place par les cantons. On peut donc certainement parler d'un climat généralement favorable, d'ouverture, décourageant l'apparition de réactions de stigmatisation.

Dans les divers groupes interrogés on se montre plutôt confiant dans la persistance de ce climat à l'avenir en Suisse. Cependant, dans les études qualitatives, on voit parfois apparaître d'autres discours, qui évoquent un ostracisme de fait à un niveau individuel et "en situation". Par exemple plusieurs homosexuels ont rapporté des expériences de rejet explicitement liées au SIDA de

la part de personnes telles que voisins ou collègues ("Si on attrape le SIDA, on saura d'où ça vient...") ou ont été témoins de marques de méfiance à l'égard de séropositifs ou de malades (peur de les toucher, lavage compulsif de la vaisselle qu'ils avaient employée...).

4.5 Les comportements commencent à changer

L'enquête menée auprès d'un échantillon représentatif de la population des 17-30 ANS, avant le début de la campagne STOP-SIDA et 8 mois après le début de celle-ci, était centrée sur le comportement sexuel et plus particulièrement sur deux de ses variables: l'existence de contacts sexuels occasionnels (indépendamment ou en-dehors d'une relation stable) au cours des 6 derniers mois et l'usage de préservatifs dans ce type de situation.

En janvier 1987, 18 % des gens de 17 à 30 ans disaient avoir eu une ou des relations sexuelles occasionnelles dans les 6 mois écoulés. Parmi eux, 67 % n'avaient jamais employé de préservatif, 25 % en avaient utilisé de temps en temps, 8 % toujours. En octobre 1987, 14 % des interviewés signalent un ou des contacts occasionnels dans les 6 derniers mois (différence statistiquement non significative d'avec le résultat de janvier). Parmi eux, 38 % n'ont jamais utilisé de préservatif, 45 % en ont utilisé de temps en temps (différences statistiquement significatives) et 17 % toujours. D'autres variables comportementales examinées en même temps (pas encore d'expérience sexuelle, expériences avec drogues dures ou douces, expériences avec des prostituées, contacts homosexuels) sont restées stables dans les deux échantillons, qui peuvent donc être considérés dans leur ensemble comme comparables.

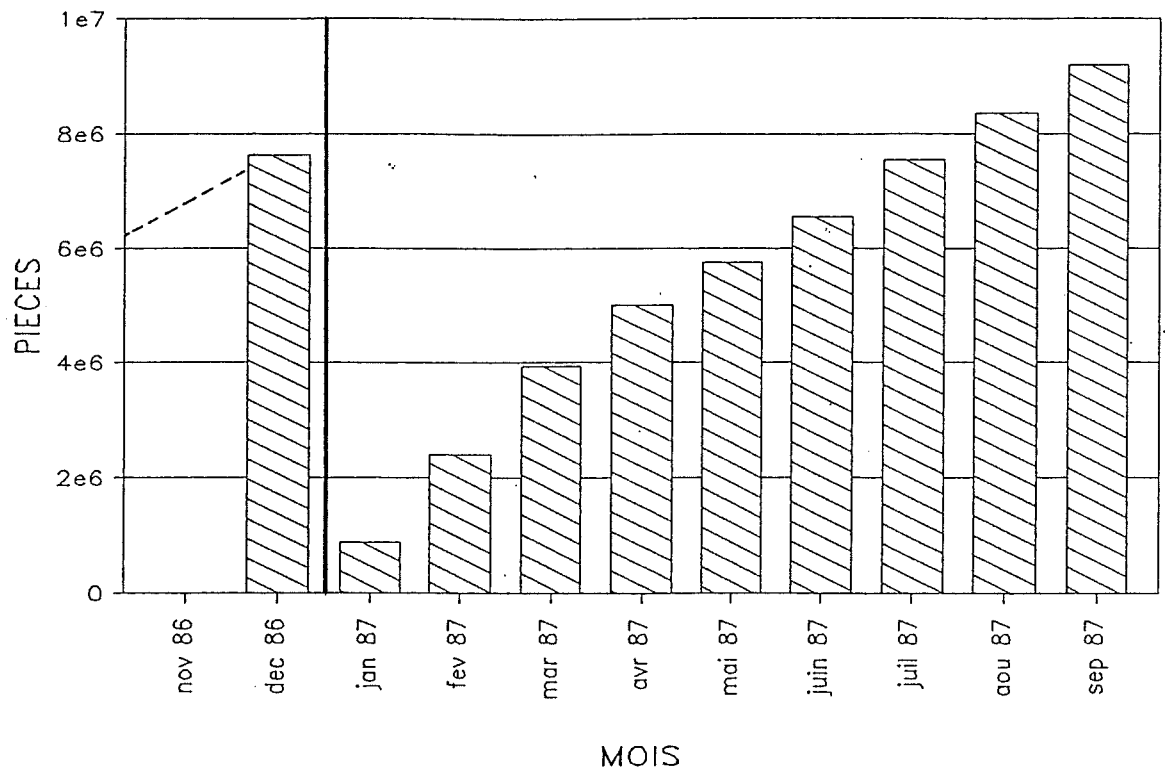
Tableau 5: Comparaison entre janvier et octobre 1987 chez les 17-30 ANS

	janvier 1987 (N=1182)	octobre 1987 (N=1211)
contacts sexuels occasionnels dans les 6 derniers mois	18 %	14 %
parmi ceux qui ont eu des contacts occasionnels dans les 6 derniers mois:	(N=210)	(N=168)
usage de préservatifs		
- jamais	67 %	38 %
- de temps en temps	25 %	45 %
- toujours	8 %	17 %
pas d'expérience sexuelle	13 %	13 %
expérience avec drogues		
-douces	27 %	25 %
-dures	4 %	3 %
hommes avec exp. avec prostituées	9 %	10 %
hommes ayant eu un contact homosexuel	3 %	3 %

L'étude de la vente des préservatifs et l'évolution de la structure de ce marché en Suisse fournit des données indirectes sur leur usage. Durant les 9 premiers mois de 1987, la mise sur le marché de préservatifs (livraisons par les fabricants ou les représentants en Suisse de marques étrangères de préservatifs) a augmenté de 60 % par rapport au total annuel de 1986 calculé sur 9 mois (chiffre communiqué par 6 fabricants ou représentants équivalent, à notre connaissance, à plus du 80 % du marché). Il a été ainsi mis sur le marché environ 9'200'000 préservatifs par ces entreprises.(voir figure 3) Cette augmentation a été la plus forte en février et mars 1987 (voir figure 4), où la distribution a plus que doublé par rapport à la moyenne mensuelle de 1986. Les commandes aux fabricants se sont maintenues quoiqu'à un rythme un peu plus faible les mois suivants. Ce qui signifie qu'il n'y a pas seulement remplissage d'étalages mais vente.

Figure 3: Evolution des livraisons cumulées de préservatifs en Suisse pendant l'année 1987.

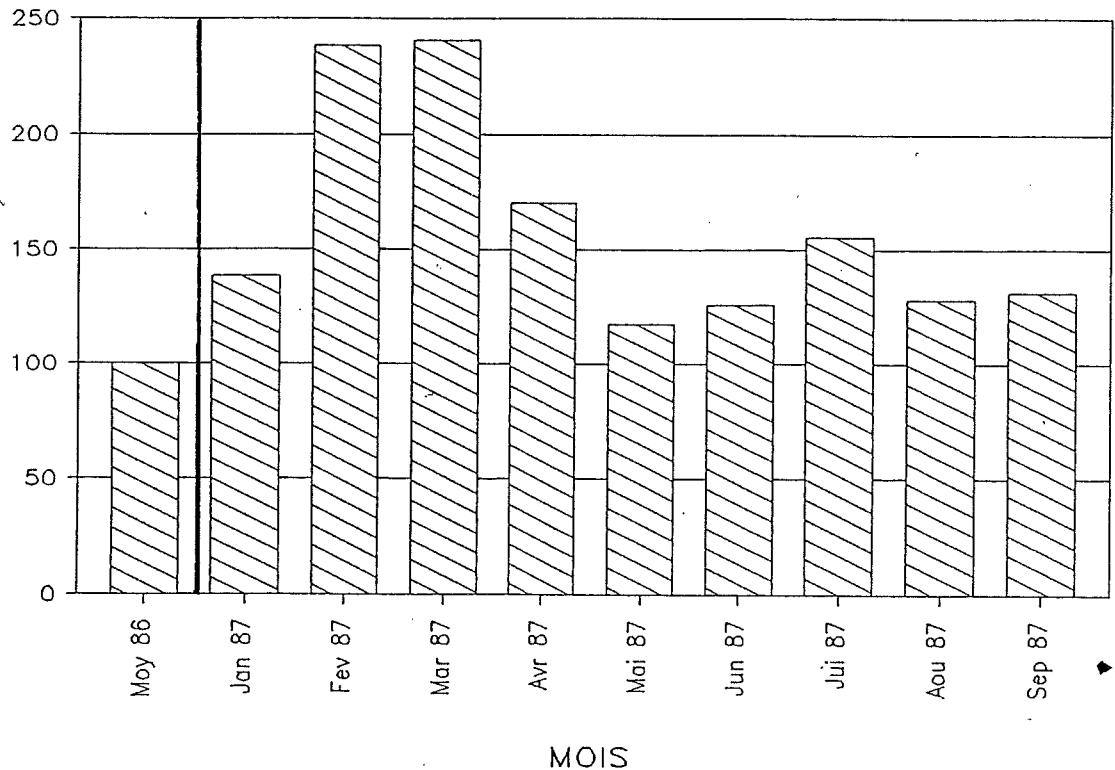
Données provenant de 6 fournisseurs (producteurs et distributeurs) et représentant environ 80 % du marché helvétique)



La distribution de préservatifs par les magasins à grande surface a augmenté encore plus fortement (avec les mêmes fluctuations mensuelles), suggérant une modification de structure du marché. Le relatif anonymat de l'achat de préservatifs (= moins de gêne) dans un grand magasin semble jouer un rôle dans ce phénomène. On constate aussi le développement de formes nouvelles de vente de préservatifs, notamment par distributeur automatique, encore au stade d'essai, qu'il sera possible d'évaluer par la suite (opportunité, volume de ventes).

Figure 4: Evolution de l'indice des chiffres mensuels de livraisons de préservatifs en Suisse pendant l'année 1987.

(Moyenne mensuelle de 1986 égale à 100)



Les deux études sus-mentionnées indiquent déjà des changements de comportements, certes modestes (par rapport au nombre d'actes sexuels possibles dans un pays de plus de 6 millions d'habitants), qui vont plutôt dans le sens de l'adoption du préservatif. Les études qualitatives effectuées dans des groupes spécifiques de la population (toxicomanes, dragueurs, adolescents, homosexuels, sex-touristes), permettent d'affiner cette approche globale. Elles mettent en évidence une multitude et une diversité de changements et donnent quelques clés pour appréhender les modalités de ces changements, les conditions dans lesquelles ils interviennent, les difficultés et les effets de stimulation rencontrés.

4.5.1 Les adolescents (apprentis)

Pour 77 % des jeunes interrogés, utiliser un préservatif lors de relations sexuelles avec un nouveau partenaire est juste et acceptable. 65 % disent (par questionnaire anonyme), avoir eu des contacts sexuels dans les 3 derniers mois; un

peu moins de la moitié d'entre eux a déjà expérimenté le préservatif, soit avec le partenaire stable, soit en cas de nouvelle relation. Le préservatif a donc été utilisé dans des couples établis ou en formation, les adolescents se défendant plutôt d'avoir des relations occasionnelles. Il semble que plus la durée de la relation de couple augmente, plus le taux d'utilisation de préservatifs diminue, ce qui fait supposer que des adaptations ont lieu. Par exemple, certains pensent pouvoir avoir une "vue d'ensemble" des comportements, c'est à dire reconstituer l'histoire sexuelle de leur partenaire et la leur afin d'arriver, par le dialogue et la confiance, à une évaluation du risque aboutissant éventuellement à l'abandon ou au non-usage du préservatif. Le rôle de la fidélité (qui est une fidélité à des partenaires successifs dans une phase de recherche de la personne idéale) va dans le même sens de protection par la confiance qui rend superflu le préservatif. A noter que la fidélité chez les adolescents a une signification d'exclusivité de la relation plutôt que de durée. On constate aussi que le message "usage du préservatif égale action solidaire contre le SIDA de tous les gens potentiellement menacés" est peu présent et que certains aimeraient que seuls les séropositifs en utilisent, sans se rendre compte vraiment de l'aspect irréaliste de cette proposition.

L'image du préservatif chez les jeunes interrogés est encore plutôt mauvaise: il met de la distance entre les partenaires, diminue les sensations, est compliqué à utiliser, ne plaît pas aux femmes selon les garçons et peut paraître ridicule. Une minorité de jeunes interrogés est cependant prête à utiliser l'argument de la contraception pour faire passer le préservatif: "je ne mange pas de chimie et j'exige le préservatif", ou reconnaît son intérêt: "avec des préservatifs on n'a pas les mêmes sensations que sans, mais ça protège!". De même, il semble que l'on commence à rencontrer des jeunes qui disent avoir des préservatifs dans leur poche (surtout des garçons).

Les enquêtes faites à l'EPSIC de Lausanne et à l'école professionnelle d'Yverdon sur des échantillons de grande taille confirment ces observations¹⁰.

En résumé, des changements apparaissent chez les jeunes et on peut espérer qu'ils se propageront rapidement, compte tenu du mode d'acquisition d'attitudes et de comportements dans ce groupe (importance des pairs, conformisme de groupe...).

4.5.2 Les dragueurs hétérosexuels

Rappelons que les dragueurs ont été choisis comme "extrêmes" de la population hétérosexuelle et qu'ils sont définis dans l'étude par le nombre de partenaires (plusieurs par mois); il n'existe chez eux aucun sentiment d'appartenance de groupe.

¹⁰ J. Resplendino - PA. Michaud: Exposition MST et SIDA, EPSIC / Yverdon. Poster aux journées de la société suisse de médecine sociale et préventive, Basel, 1987.

Tableau 6: Typologie retenue pour les dragueurs

Type 1:	le chasseur-solitaire typique (conquête, passage à l'acte, nouvelle conquête...)
Type 2:	le chasseur-gregaire (même type de drague mais en groupe)
Type 3:	le(la) dragueur(euse) qui s'ignore (nombreux partenaires mais souvent les mêmes, en tournus)
Type 4:	le(la) dragueur(euse) idéaliste ou paradoxal(e) (en recherche d'un partenaire stable, de l'âme soeur)
Type 5:	la drague compensation ou déprime (un mal-être pousse à la multiplication des contacts avec l'autre sexe, avec ou sans passage à l'acte)

L'adaptation à la réalité du SIDA se fait de façon très hétérogène dans ce "groupe" et dépend du type de drague en cause: les dragueurs-chasseurs (solitaires ou en groupe) commencent à se sentir concernés par le problème du SIDA et réagissent par la diminution du nombre de leurs partenaires (en partie par choix, en partie par nécessité, les occasions de drague se faisant plus rares à cause de la peur du SIDA...). Ils adoptent aussi parfois l'usage de préservatifs, que certains utilisaient déjà avant l'épidémie de SIDA pour se protéger des autres MST. On voit surtout apparaître chez eux des comportements de dérivation qui vont dans le sens des autres consignes de safer-sex (relations sexuelles sans pénétration, libertinage fripon).

En revanche, pour d'autres typologies de dragueurs (les "dragueurs par compensation", les "dragueurs en recherche d'idéal" notamment), l'adaptation à la réalité du SIDA se fait sur un mode de culpabilité, de déni du risque, qui les pousse plutôt à négliger ou rechercher inconsciemment le danger et qui se traduit même parfois par une augmentation du nombre de partenaires.

Dans ce groupe le préservatif est mal accepté (surtout par les femmes) et lié à des représentations négatives (prostitution, impuissance, chasse-plaisir, suspicion...). Chez les hommes il est essentiellement associé à l'idée de protection des MST; pour les femmes il peut encore servir de moyen de contraception. Cependant, il est considéré comme une solution contraignante, peu satisfaisante et transitoire: les dragueurs espèrent que la science apportera rapidement d'autres solutions (?). C'est pourquoi ils préfèrent recourir à d'autres moyens qui permettent de mieux "sauvegarder leur identité".

En résumé, les dragueurs courent des risques, même si on perçoit quelques changements (comportements de dérivation, usage de préservatif), surtout parce qu'ils ne paraissent pas convaincus qu'ils ont des comportements à risque.

4.5.3 Les toxicomanes

L'existence du SIDA a changé quelque chose à la vie sexuelle de plus de la moitié des personnes interrogées, qui ont principalement diminué le nombre de leurs partenaires, secondairement adopté des pratiques érotiques nouvelles. Dans ce groupe, l'adoption de mesures de prévention dans le domaine sexuel (usage de préservatifs essentiellement) est présent surtout chez les séropositifs qui l'utilisent presque toujours (avec des exceptions selon la spontanéité des rencontres). Dire sa séropositivité semble signifier s'exposer à un refus total de relations sexuelles même protégées et de ce fait certains sont condamnés à l'abstinence. Personne n'a émis l'idée de cacher sa séropositivité pour avoir quand même des relations sexuelles ("je ne suis pas un assassin").

Chez ceux qui ne sont pas séropositifs (ou qui ne le savent pas), l'emploi du préservatif est très occasionnel et dépend surtout de la demande du partenaire.

10 % des personnes interrogées reconnaissent pratiquer la prostitution sans que l'on sache précisément si c'est avec ou sans préservatif.

Dans le groupe étudié (surtout des toxicomanes proches des réseaux de prise en charge), l'échange des seringues tend à disparaître. Seule une minorité dit courir le risque de l'échange plutôt que de renoncer à profiter du produit offert, en cas de pénurie de matériel d'injection. Le "sniff" se pratique parfois, comme alternative à l'échange de seringue.

Dans plusieurs cas, le diagnostic d'une séropositivité a été suivi de l'entrée dans un programme méthadone.

Enfin, le SIDA est cité comme facteur motivant l'abandon ou l'essai de sortie de la toxicomanie pour plus du tiers des toxicomanes interrogés.

On trouve des contradictions dans le discours des toxicomanes sur leurs pratiques de prévention, ce qui fait penser que les comportements à risque sont encore très répandus dans la réalité. L'évaluation du risque semble se faire de manière complètement inadéquate puisqu'il faudrait attendre d'être diagnostiqué comme séropositif pour changer de comportement sexuel. **Le message risque-seringue semble avoir passé mais pas le message sur le risque sexuel.** Il est difficile de se faire une idée sur l'évolution prévisible de la protection dans ce milieu et d'autres études sont encore nécessaires.

4.5.4 Les homosexuels

85 % des répondants au questionnaire et une proportion semblable des interviewés disent qu'ils ont changé quelque chose dans leur comportement sexuel. Ces changements semblent avoir commencé depuis longtemps:

Tableau 7: **Introduction du safer-sex chez ceux qui disent le pratiquer.**
(n=522)

depuis 2 ans et plus	57 %
depuis 1-2 ans	28 %
depuis moins de 1 an	15 %

Les changements les plus fréquemment mentionnés sont la diminution du nombre de partenaires, l'usage de préservatifs, la fellation sans sperme dans la bouche, mais aussi la renonciation à certaines pratiques comme pénétration, fellation. Certains se sont tournés vers la relation monogame exclusive et fidèle. Pour beaucoup, la confrontation avec le SIDA a donné lieu à une réflexion sur l'importance de la sexualité et de la relation affective dans leur vie.

Ces changements ne sont pas confinés à certaines catégories d'homosexuels, ils existent dans tous les "sous-groupes" identifiés dans le cadre de l'étude (couches sociales, tranches d'âge, lieux de drague, sensibilités diverses: bisexuels, "cuirs", homosexuels militants ou plus cachés...).

Le préservatif est mieux accepté chez les homosexuels interrogés que dans les autres groupes: les 3/4 d'entre eux disent qu'ils n'ont pas (ou n'auraient pas) de problèmes avec le préservatif. Certains soulignent les bénéfices "secondaires" de son usage: ne plus avoir de MST, plutôt fréquentes auparavant. La sécurité du préservatif est reconnue. Cette acceptation meilleure du préservatif tient sans doute au fait que la relation sexuelle avec pénétration n'occupe pas la même place prépondérante qu'elle a chez les hétérosexuels: le choix de pratiques est plus grand.

On voit beaucoup d'**adaptations** des messages de prévention à leur situation personnelle. Si on essaie de s'approcher de la notion de risques courus, par exemple par la question de l'existence de relations anales durant les 3 derniers mois, on voit que: 50 % des répondants au questionnaire n'en ont pas eues, 30 % ont pratiqué la pénétration avec préservatif, 20 % ont eu des relations anales sans préservatif, soit toujours, soit de temps en temps. Cependant plus de la moitié de ceux du dernier groupe ont eu des relations non protégées avec leur partenaire stable (avec protection en cas de relation occasionnelle) ou vivent en couple fermé. Les interviews en profondeur ont permis de mettre en évidence un risque possible (qui se présente plus ou moins rarement selon les cas) chez une partie des répondants, même si quasi tous étaient acquis à l'idée de la prévention (cf plus bas la discussion des exceptions).

On peut affirmer, à la lumière de ces résultats, que des changements nombreux ont eu lieu chez les homosexuels, qu'ils ont commencé à se produire depuis plusieurs années et qu'ils tendent à se généraliser. Il se pratique du safer-sex à des degrés divers dans tous les lieux, les groupes, les classes d'âge, etc. et on peut espérer une diffusion par l'exemple.

4.5.5 Les sex-touristes

L'étude concernant les sex-touristes (voyageurs à destination de pays tropicaux avec un "but" sexuel) est encore en cours. On peut cependant déjà dire que: ce genre de tourisme existe, qu'il est possible d'identifier des sujets d'étude, enfin que ce genre de recherche ne rencontre pas refus de la part des sujets. Des résultats préliminaires indiquent que, dans ce groupe, on rencontrerait encore beaucoup de comportements à risque.

Le survol des changements observés (rapportés) dans les divers groupes étudiés montre au moins deux choses:

1. **Une multitude de modifications de comportements commencent à se mettre en place, dans tous les groupes étudiés, avec des intensités (et probablement des efficacités) diverses.**
2. **Ces modifications de comportement sont très diversifiées, inégalement réparties entre les groupes. Elles mettent un certain temps à s'installer et on peut supposer qu'elles sont soumises à une quantité d'influences différentes.**

Il reste cependant plusieurs questions cruciales à résoudre:

- comment les modifications de comportement s'effectuent-elles ?
- existe-t-il des facteurs favorisants (déclencheurs) ou défavorables à l'adoption de comportements de protection ?
- chez les individus, les modifications de comportements sont-elles maintenues (systématiquement ou avec des exceptions) ?
- les modifications de comportements décrites sont-elles appropriées (permettront-elles de diminuer la transmission du SIDA) ? Il est encore trop tôt pour apporter une réponse à cette dernière question. Seuls le suivi épidémiologique et la poursuite des évaluations de résultats et de processus des campagnes de prévention pourront le dire.

4.6 Les messages de prévention sont repris et adaptés dans le cadre d'une gestion individuelle du risque

Les différentes études qualitatives montrent que les comportements s'orientent vers une **gestion individuelle du risque**. Chaque individu adapte les messages de prévention (jusqu'à présent: usage de préservatif en dehors de relation stable et fidèle depuis plusieurs années, non-échange de matériel d'injection pour les toxicomanes) à sa propre situation personnelle. En effet ces messages sont nécessairement très généraux et stéréotypés; alors, à la lumière de

sa propre expérience, chacun essaie d'"arranger" le message à sa convenance. Si le préservatif dérange on essaie d'éviter les situations où il faudrait l'employer (par exemple en diminuant les relations occasionnelles) ou de renoncer à certaines pratiques dans ces situations (pénétration). Cette manière de faire nécessite une bonne appréciation du risque et aussi un certain degré de réflexion et de maîtrise de soi. Clairement il faut décider ce que l'on se permet et ce que l'on s'interdit dans certaines situations et le faire partager au partenaire !

Cette gestion individuelle du risque se voit particulièrement chez les adolescents et chez les homosexuels.

Pour les adolescents par exemple, il paraît très difficile d'aborder la question du SIDA au moment de l'entrée dans une relation où la confiance et les enjeux affectifs sont au premier plan, y compris des projets d'avenir et même de procréation (recherche "du" partenaire). Dans ce cadre, le préservatif peut éventuellement être choisi dans une période d'essai sans qu'il y ait suspicion entre les partenaires, pour autant qu'une certaine "mode" ou un consensus parmi les pairs le rende acceptable. Par la suite il peut s'établir un examen de la situation (vue d'ensemble historique des relations sexuelles) qui permettrait de décider si oui ou non il y a eu risque de contagion et d'abandonner éventuellement le préservatif. Cette façon d'évaluer le risque est-elle suffisante ? Peut-être chez ceux qui n'ont eu que peu de partenaires dans des milieux où la prévalence de la séropositivité est très faible. Cela veut dire qu'il y a des pas en direction d'une protection en règle générale, mais le fait que le préservatif commence à être utilisé ne signifie pas que tout est gagné.

Se pose ici le problème des **exceptions** à la protection: des circonstances, des moments, des lieux propices à son abandon. Ceci est observable essentiellement dans le groupe qui est le plus "avancé" dans la pratique de la prévention du SIDA: les homosexuels. En effet il semble que chez eux, le niveau d'information sur les moyens de transmission du SIDA soit bon, que d'importants changements aient déjà eu lieu, mais qu'il soit difficile d'être toujours strict. Certains rencontrent des difficultés à adopter le safer-sex dans des cercles d'intimes où la confiance mutuelle joue un rôle peut-être surestimé. Dans une relation stable il peut aussi être difficile d'aborder la question sans soulever des problèmes de suspicion mutuelle. Des **circonstances** particulières peuvent diminuer la maîtrise de soi et faire renoncer à la protection: état amoureux où l'on croit "transcender" le risque, influence de l'alcool ou de drogues, désir pressant, partouzes improvisées, vacances... Certaines **situations psychologiques** peuvent avoir le même effet: moments de dépression, moments de soulagement après un test négatif, par exemple. Les **lieux** où se pratique une sexualité furtive et consommatrice comme les parcs, les w.-c. publics sont aussi moins propices à l'adoption de mesures de protection. Les exceptions semblent diminuer avec l'expérience de la pratique du safer-sex, mais il est difficile d'estimer le rôle qu'elles jouent dans la diminution globale du risque d'infection dans un groupe où la prévalence de l'infection est loin d'être négligeable. Ce qui est net, c'est qu'elles sont très mal vécues et peuvent conduire à un regain de peur ou à du découragement.

Cette problématique de l'exception peut certainement être valable pour tous les groupes étudiés.

4.7 Déclencheurs, résistances

C'est chez les homosexuels, qui sont confrontés depuis plusieurs années et de près au SIDA, que l'on peut le mieux mettre en évidence le temps qui s'écoule entre les premières informations reçues sur le SIDA et l'apparition de changements de comportements. Il a souvent fallu plusieurs années avant que l'évaluation du risque pour soi puisse se faire. On voit aussi qu'il existe des déclencheurs: moments, événements ou personnes décisifs qui entraînent l'adhésion à un nouveau comportement. Ces déclencheurs se retrouvent pareillement dans plusieurs groupes:

- la **nécessité** (découverte d'une séropositivité ou de la maladie chez soi ou son partenaire) est un déclencheur puissant (et tardif) de prise de précautions ou d'absolu dans les précautions, pour protéger les autres; à noter que la notion de protection entre séropositifs pour éviter la réinfection est encore peu répandue;
- la **proximité du SIDA** est souvent nommée; c'est avoir dans ses proches quelqu'un de séropositif ou de malade, surtout s'il s'agit de quelqu'un qui a les mêmes comportements que soi ou, pire, qui avait manifestement moins de risques que soi;
- la **confirmation par un proche**; parfois il a été cité une personne, en qui on a suffisamment confiance ou qui est suffisamment persuasive pour que l'on décide de changer de comportement; ce peut être quelqu'un de la famille qui se fait du souci, le médecin de famille, des amis qui témoignent de la réalité du SIDA;
- la **conviction par les pairs**; lorsqu'une attitude ou un comportement deviennent parties intégrantes de la culture du groupe, ils sont susceptibles de se propager rapidement, "brûlant" en quelque sorte les étapes du passage individuel connaissance-attitude-comportement (si le préservatif devient une mode, on en parle moins et on le pratique plus);
- l'**accumulation des informations**, leur convergence, leur unanimité peuvent aussi être suffisantes pour qu'un article-choc ou une émission de télévision, par exemple devienne tout à coup la goutte qui fait déborder le vase et entraîne le changement décisif;
- la **peur-inquiétude**, pas la peur-panique, la **responsabilisation envers ceux qu'on aime**, la **crainte des autres maladies sexuellement transmissibles**, peuvent aussi induire des comportements de protection.

Ces déclencheurs ne fonctionnent efficacement que sur un fond de large information, sur un terrain déjà préparé et on peut penser qu'ils se font de plus en plus pressants et multiples (campagnes, multiplicateurs, présence du SIDA plus forte) et que par conséquent on devrait assister bientôt à un passage plus rapide à des comportements protégés (raccourcissement du temps entre le moment où l'on reçoit l'information et celui où on la met en pratique).

On trouve des **résistances** à plusieurs niveaux sur le cheminement connaissances-croyances-attitudes-comportements face à la prévention du SIDA. Certaines ont été évoquées au début de ce chapitre.

L'incertitude (sur la réalité de la menace du SIDA, sur les modes de transmission, sur les contacts non dangereux...) est un facteur de résistance à la prévention. Ces doutes proviennent du brouillage d'informations, de leur mélange contradictoire qui est parfois entretenu par la presse. Si il n'y a pas unanimité sur certains messages (par exemple que le baiser ou la poignée de main ne sont pas dangereux), il y a des risques que les autres messages (usage du préservatif) soient disqualifiés: comment croire que le préservatif est un bon moyen de se protéger si on a des doutes sur la transmission par la peau et que l'on trouve de longs débats dans les journaux à ce sujet ?

L'impression qu'il y a rétention d'information de la part des autorités ("est-ce qu'ils nous disent vraiment tout sur le SIDA") ou que le SIDA est utilisé pour canaliser des comportements "déviant" (ils veulent nous empêcher de vivre notre sexualité librement) est aussi un générateur de résistances et est exprimée dans plusieurs groupes (jeunes, homosexuels).

Ces deux exemples montrent que les résistances à utiliser le préservatif se situent souvent "en amont" de la mise en application en tant que tel et que si quelqu'un est vraiment convaincu de la nécessité d'employer le préservatif dans certaines situations, il a de bonnes chances de passer par-dessus les inconvénients liés à son usage.

4.8 La signification et l'utilité du test de dépistage des anticorps VIH sont encore mal connues

Dans tous les groupes étudiés, on rencontre encore des manques de connaissance ou des croyances erronées sur la signification et l'utilité du test:

- méconnaissance du temps de latence entre l'infection et la séroconversion manifestée par le test (existence d'un temps de latence, durée de cette période);
- croyance qu'un dépistage de masse est faisable et utile; un dragueur interrogé dit: "il serait souhaitable que tout le monde fasse le test librement pour que les séropositifs soient au courant de leur état et prennent toutes les mesures adéquates afin de ne pas transmettre la maladie";
- croyance qu'un résultat négatif dispense de prendre des précautions et qu'il suffit de le répéter de temps en temps pour s'assurer qu'il reste négatif; c'est le test utilisé comme preuve de séronégativité, comme atout pour la drague, comme argument pour ne pas changer de comportement; c'est aussi le test perçu comme moyen de prévention en soi;
- sous-estimation du risque de rejet, d'ostracisme auxquels sont exposés les séropositifs (maintenant encore du moins);
- sous-estimation du choc psychologique que représente la découverte d'une séropositivité et par conséquent de l'importance du conseil avant le test; l'appréciation par les homosexuels est plus réaliste, chez ces derniers le test a fait l'objet de beaucoup de discussions, notamment dans la presse spécialisée; toutefois, certains homosexuels qui avaient fait le test un peu

comme une formalité, pour s'assurer qu'ils pouvaient abandonner les précautions à l'intérieur d'un couple se sont retrouvés à devoir assumer une séropositivité qu'ils n'avaient pas vraiment envisagée; l'angoisse, les interrogations qui surviennent dans la période d'attente du résultat sont peu prises en compte; par exemple, des personnes qui ont fait le test une première fois (avec un résultat négatif) hésiteraient beaucoup à le refaire pour avoir vécu dans la peur ce moment entre la prise de sang et le résultat.

La motivation pour faire le test rencontrée le plus souvent est le désir de savoir, de faire un bilan. Chez ceux qui pratiquent le safer-sex depuis un certain temps, qui sont presque certains d'être négatifs, existe à un moment donné une très forte envie de savoir, de lever l'incertitude.

La responsabilité à l'égard de soi-même et de ses partenaires est aussi une motivation importante. On la retrouve par exemple au début d'une nouvelle relation lorsqu'il s'agit de faire le point, éventuellement pour arrêter des pratiques de safer-sex dans un couple après quelques mois de protection stricte.

Enfin on trouve toute une série de motivations très ambiguës pour faire le test: par peur, par sécurité, une fois par an on ne sait jamais, pour être sûr de ne pas avoir le SIDA, etc. qui montrent bien les lacunes de l'information.

Parmi les motivations pour ne pas faire le test, notons la certitude que l'on ne court pas de risque (absence de comportement à risque même dans le passé, adoption de conduites de safer-sex), la peur d'être confronté à une éventuelle séropositivité, le choix de ne pas faire de test en l'absence de symptôme puisqu'il n'y a pas de traitement à proposer et de pratiquer le safer-sex. Il existe chez quelques personnes des doutes sur la garantie de l'anonymat. On trouve aussi des gens chez qui le test a été pratiqué à leur insu (surtout chez les toxicomanes). Il faut encore relever que certains médecins conseillent un peu à la légère à leurs patients de faire le test, avec une mauvaise appréciation des conséquences de la découverte d'une séropositivité; dans certains cas rapportés, le conseil avant le test et le suivi après sont insuffisants.

Le test n'a jamais été proposé aux participants aux différentes études (sauf dans l'étude SEX-TOURISTES), cependant il a toujours été demandé aux répondants adultes si le test avait été fait et quel en avait été le résultat.

6 des 42 DRAGUEURS interrogés ont fait le test. Sur ces 6 personnes, une est séropositive.

Chez les HOMOSEXUELS, un peu plus de la moitié des répondants au questionnaire et 3/4 des interviewés ont fait le test au moins une fois. Pour les répondants au questionnaire, 77 % de ceux qui ont fait le test ont eu un résultat négatif, 14 % un résultat positif, 9 % ne veulent pas dire leur résultat. On n'a pas trouvé de différence significative entre les séropositifs et les autres en ce qui concerne le mode de vie et les divers lieux de drague. Pour les interviewés, le quart de ceux qui ont fait le test est positif. Chez eux, on constate une anamnèse plus chargée en maladies sexuellement transmissibles que chez ceux qui sont séronégatifs. Plusieurs des personnes interviewées vivent en couple ou ont une relation stable où l'un des partenaires est séropositif et, si la relation affective n'est pas modifiée par la découverte de la séropositivité chez l'un des partenaires, il peut naître une multitude de tensions et de conflits liés à la peur de la contamination et la relation sexuelle est presque toujours modifiée.

Chez les TOXICOMANES, presque toutes les personnes interrogées ont fait le test; un peu moins de la moitié de celles qui l'ont fait sont séropositives au moment de l'enquête.

Dans l'étude SEX-TOURISTES qui est en cours, le test VIH est proposé avec semble-t-il assez peu de problèmes de refus.

Pour presque tous les séropositifs, la découverte de leur état a été un choc difficile à supporter, générant des moments de peur, de dépression intense, qu'ils ont mis souvent des mois à surmonter.

5. PROCESSUS DE CAMPAGNES ET DE MULTIPLICATIONS

5.1 Par sa diffusion, la campagne STOP-SIDA a atteint la population

Lancée le 3 février 1987 lors d'une conférence de presse nationale, la campagne "STOP-SIDA" constitue l'opération majeure de lutte contre le SIDA de l'OFSP et de l'ASS s'adressant à la population générale et cherchant à favoriser l'adoption de comportements sans risques. Rappelons, parmi les autres modes de prévention du SIDA, notamment le contrôle des produits sanguins. Le lancement de STOP-SIDA succédait à une période de calme sur le plan des influences officielles, après la campagne d'information de la population par la diffusion de la brochure verte de mars 1986, déjà sous l'égide commune de l'OFSP et de l'ASS.

L'option de STOP-SIDA réside dans la diffusion multi-médias de messages sous forme de slogans, d'images, de films-spots, mais également la vulgarisation de connaissances, l'encouragement d'actions multiplicatrices, la dissémination de matériels pédagogiques, etc. Ces opérations sont conçues dans la durée, opérant par vagues successives se répétant ou s'ajoutant les une aux autres, en diversifiant les messages, les canaux d'influence, les formes d'action, le tout restant en principe coordonné par le "Kreativ Team" de l'OFSP et l'ASS.

La **diffusion** des messages à caractère publicitaire, par voie d'affiches, d'annonces de presse, de spots télévisés et de films de propagande peut être mesurée en fonction du volume de population atteinte.

L'image la plus caractéristique de la campagne STOP-SIDA, ce sont les **affiches** placardées sur les espaces publicitaires de six sociétés d'affichage. Dès le lancement de la campagne STOP-SIDA ce sont au moins 100 panneaux de 3 affiches juxtaposées qui ont été présents en permanence sur le territoire de la Suisse. Durant les premiers mois seuls les grands "STOP-SIDA" apparaissaient, ainsi que quelques affiches "Protégez-vous du SIDA, utilisez des préservatifs". L'affichage était limité aux grandes villes et agglomérations, bénéficiant de bonnes conditions d'implantation, notamment dans les gares, les passages routiers urbains à grand trafic, les parkings des centres commerciaux, etc.

Une seconde vague d'affichage a commencé en mai 1987, ajoutant aux messages "STOP-SIDA" et "protégez-vous du SIDA, utilisez des préservatifs" les nouvelles consignes "reste fidèle / alliance" et "risque de SIDA dès le premier shoot / seringue". La diffusion de l'affichage a touché alors fortement les villes moyennes et les villages, surtout avec des "reste fidèle", sans les deux autres

messages. Dans les grandes villes, il était au contraire fréquent que les trois messages complémentaires soient affichés côte à côte. Un effectif de 100 panneaux triples sur l'ensemble de la Suisse a été occupé quasiment en permanence avec les 4 types de messages durant toute la durée de mai à novembre 1987, avec des périodes de recul ou de moins bonne exposition pendant la campagne des élections fédérales d'octobre.

Il est difficile d'estimer combien de personnes ont vu ces affiches, durant le première ou la seconde vagues, car on n'a pas procédé à une enquête particulière de perception des messages publicitaires sur ce sujet. Néanmoins, on peut admettre que la totalité de la population des régions urbaines, et une forte part de celle des régions rurales ont été exposées à la vue répétée de ces affiches.

Des **annonces** ont été publiées dans les journaux du dimanche, dans des magazines hebdomadaires à grand tirage et dans des périodiques spécialisés: presse pour jeunes, presse féminine, presse érotique, programmes de spectacles, suisses ou à diffusion suisse... Il s'agissait jusqu'à l'été 1987 de messages proches dans leur forme des affiches "préservatifs", puis à la fin de l'automne d'informations sur "ce qui n'est pas contagieux" et "ce que l'on doit savoir du SIDA".

Compte tenu des différents publics lecteurs des médias en question, il est difficile d'estimer le volume de population touché par ces annonces. La fréquence assez faible des parutions et la sélection de certains types particuliers de supports tendraient à dire que ce mode de publicité a été relativement peu remarqué.

Tableau 8: Diffusion des annonces dans les principaux médias

	S. all.	S. rom.	S. ital.
1ère vague: de la 6ème à la 22ème semaine, "usage des préservatifs"			
dans les journaux du dimanche et les hebdomadaires:			
N médias	5	3	3
N parutions	56	24	16
Tirage cumulé	8'880'000	2'140'000	396'000
dans la presse pour jeunes et de cinéma: (sans les journaux d'étudiants)			
N médias	8	2	0
N parutions	28	6	0
dans la presse érotique et homosexuelle:			
N médias	6	5	0
N parutions	20	12	0
2ème vague: de la 47ème à la 52ème semaine, "ce qui n'est pas contagieux" "ce qu'on devrait savoir du SIDA", etc.			
dans les hebdomadaires:			
N médias	7	5	1
N parutions	28	18	1
Tirage cumulé	6'080'000	3'970'000	?
dans la presse pour jeunes et de cinéma: (sans les journaux d'étudiants)			
N médias	3	1	0
N parutions	3	1	0
dans la presse érotique et homosexuelle:			
N médias	7	3	0
N parutions	10	4	0

Les spots télévisés de la première vague (février-avril 1987, couple nu avec image brouillée ou interrompue) ont été diffusés par les trois chaînes de la SSR à raison de 18 passages sur la chaîne alémanique, 20 sur la chaîne romande et 18 à la télévision suisse-italienne, généralement entre 20-21 h en Suisse alémanique, et entre 22-23 h sur les autres programmes. La diffusion théorique est donc tout à fait similaire.

Les téléspectateurs présents devant leur poste aux heures de diffusion, estimés par le système "Télécontrôle" de la SSR¹¹ varient entre 305'000 et

11 Renseignements fournis par le professeur Th Steinmann, Delegierter für Medienforschung SRG, Bern.

1'289'000 dans la zone alémanique, entre 5'000 et 147'000 en Romandie, et entre 3'000 et 26'000 au Tessin.

La seconde vague de spots télévisés (alliance, préservatif et sprayeur), diffusée à partir du 9 juillet 1987, a passé respectivement 31, 30 et 24 fois dans les 3 régions linguistiques entre 20 et 23 h., et a été vue par des proportions comparables de téléspectateurs.

Dans l'ensemble, pour les mois de février à octobre 1987, les téléspectateurs suisses ont théoriquement vu en moyenne 7 fois les spots STOP-SIDA en Suisse alémanique, 2.5 fois en Suisse romande, et 2 fois en Suisse italienne, ceci du fait des audiences présentes devant les programmes de la SSR aux heures de diffusion, et non du nombre de passages à l'antenne.

Tableau 9: Diffusion des spots télévisés

	S. all	S. rom.	S. ital.
vague 1: du 6.2 au 26.4.1987 "couple, image brouillée ou interrompue"			
N diffusions	18	20	18
N téléspectateurs (moyenne)	728'000	65'750	16'500
% audience (moyenne)	16.1 %	4.7 %	6.2 %
N de visions par spectateur	2.9	.9	1.1
vague 2: du 9.7 au 31.10.1987 "alliance", "préservatif" et "sprayeur"			
N diffusions	30	31	24
N téléspectateurs (moyenne)	658'000	71'450	12'300
% audience (moyenne)	14.5 %	5.0 %	4.5 %
N de visions par spectateur	4.3	1.6	1.1

Des spots radiophoniques ont été mis à disposition des chaînes officielles de la SSR et des radios locales, qui les diffusaient gratuitement à leur gré. Cette liberté de programmation ne permet pas une comptabilisation précise des passages à l'antenne, ni de l'audience de ces courtes séquences. La diffusion fut relativement importante dans les mois de mars et avril 1987, puis a cessé, principalement par lassitude de la répétition.

Les **chansons** écrites et mises en musique dans le cadre de la campagne STOP-SIDA, par Polo Hofer en allemand, par le Beau Lac de Bâle en français, et par Vic Vergeat en italien et en anglais, ont eu des succès très différents. Si "Dr Gummi-Song" de Polo Hofer a été fort diffusé, autant par les radios que dans les discothèques allémaniques, est même resté plusieurs semaines au hit parade des ventes, en revanche les deux autres songs sont restés presque ignorés du public.

Les **films** de propagande diffusés dans les cinémas (lettres) ont été projetés dans la plupart des salles de Suisse du 2.3 au 6.9.1987, puis en une seconde vague (alliance, préservatif, sprayeur) du 31.5 au 31.12.1987.

On ne dispose pas de données quantitatives globales permettant de mesurer leur audience, mais on peut affirmer qu'ils ont surtout touché les jeunes adultes consommateurs de cinéma. Cependant, par l'étude menée auprès des **ADOLESCENTS**, on apprend que 44 % des apprentis interrogés, et cela dans 8 cantons suisses, ont vu le premier film au cinéma.

Les deux "**PS magazine**" édités par l'OFSP, l'un concernant les femmes, l'autre pour les jeunes, ont été très largement diffusés, et ceci par deux canaux différents. Le premier, paru en juin encarté dans tous les grands magazines suisses ou à diffusion suisse, a été tiré à 3.2 millions d'exemplaires (2 millions en allemand, 1.1 million en français et 120'000 en italien).

Le second, principalement diffusé par les canaux scolaires, puis encarté dans la presse pour les jeunes, a été imprimé à 1'065'000 exemplaires (700'000 en allemand, 350'000 en français, 15'000 en italien).

Il s'agit là d'une forme de propagande différente des messages évoqués précédemment, comprenant une part de vulgarisation scientifique et une sensibilisation rédactionnelle beaucoup plus importantes.

Il importe encore de rappeler que l'OFSP a à plusieurs reprises **stimulé les multiplicateurs** politiques, médicaux, éducateurs, etc. Ce fut le cas lors de réunions avec la Conférence des directeurs sanitaires, avec le "groupe politique de santé" des Chambres fédérales, avec les médecins cantonaux, etc.; les milieux scolaires et les médecins praticiens ont reçu de l'information ou des matériaux pédagogiques pour organiser des exposés sur le thème du SIDA; diverses brochures de vulgarisation ont en outre été éditées.

5.2 La campagne a été répercutée par les médias

Le lancement de la campagne STOP-SIDA en février a fait l'objet d'une retransmission massive et considérable. Tous les médias électroniques et la très grande majorité des journaux en rendirent compte dès le premier jour. 86 % des articles imprimés parlent du SIDA, présentent la campagne et ses mots d'ordre cités textuellement. La clarté et la simplicité des messages "utilisez des préservatifs" et "pas d'échange de seringues" ont favorisé leur diffusion, de même que les aspects formels de l'action.

En revanche, le message plus discret concernant la monogamie fidèle n'a été retransmis qu'à environ la moitié des lecteurs. Les considérations plus générales sur les pré-supposés de l'action (non-discrimination des personnes

exposées ou des malades, pas de jugement moral sur les comportements, mais prévention de l'infection par des comportements sans risques) et sur la nécessaire multiplication des efforts de prévention au-delà de la campagne étaient aussi plus difficiles à diffuser.

Tableau 10: Fréquence des informations diffusées sur la campagne STOP-SIDA par les médias imprimés durant la première semaine (3.2-9.2.1987)

Diffusion totale: 592 articles écrits, env 23'000'000 articles imprimés

Slogans de la campagne STOP-SIDA	3.7	
Eléments explicatifs sur le SIDA	1.4	
Description formelle de la campagne	1.3	
Système de valeurs et prémisses	.8	
Encouragement à débattre publiquement	.7	articles par ménage

Les commentaires, rares le premier jour, se firent ensuite nombreux, renforçant la connaissance de l'opération sans qu'il soit nécessaire d'en répéter les slogans.

Quoique les médias aient eux-même relativement rarement pris position au sujet de la campagne, il faut considérer qu'une répercussion claire et univoque des messages représente en soi une approbation des consignes STOP-SIDA. La retransmission de commentaires critiques a elle aussi pu renforcer leur diffusion.

Le principal commentaire fut alors celui de la Conférence des évêques suisses, qui tenait à souligner que la fidélité est aussi un moyen de se protéger du SIDA. Elle précisait cependant clairement que la dimension morale et éthique de la campagne devait être prise en charge par les chrétiens, non par l'Etat, et reconnaissait le caractère légitime et nécessaire de l'action STOP-SIDA. Cette prise de position a été elle aussi commentée par la presse, qui dans 50 % des cas minimisait les divergences et intégrait ainsi la critique comme un soutien à STOP-SIDA.

Les autres prises de position (églises protestantes, sociétés médicales, autorités cantonales...) publiées alors ont permis de rappeler la campagne et de renforcer sa légitimité par une cohésion sociale dans la lutte. Les critiques les plus acerbes venaient seulement de lettres de lecteurs ou du groupuscule très conservateur Pro Veritate.

En comparant les jugements portés sur la campagne dans la presse selon les cantons, on observe que les contextes politiques (conservateurs versus ouverture) sont plus discriminants que l'appartenance confessionnelle. Une certaine distance caractérise par ailleurs la presse romande et tessinoise, qui a globalement retransmis moins fortement les informations sur la campagne STOP-SIDA et où les prises de position étaient légèrement plus critiques.

La conférence de presse du 3.2.1987 eut l'effet d'un coup de timbale (Paukenschlag) et a contribué à donner à STOP-SIDA une publicité exceptionnelle. L'annonce d'un programme tenu jusqu'alors secret a permis de

"frapper" en quelque mesure le public au sujet de l'extension de la maladie et de lui faire prendre au sérieux les efforts de prévention. La surprise a aussi favorisé une retransmission immédiate presque unanimement positive des messages par les médias. Le fait étonnant qu'un office fédéral ose recommander l'usage de préservatifs lors de relations sexuelles non-monogames, au-delà des tabous et de la retenue officielle, a aussi renforcé la puissance de ce message. Il s'agissait, dans la ligne directrice de la campagne, de bien distinguer aux yeux du public la lutte contre la maladie des considérations morales, tout en admettant que le problème du SIDA implique une confrontation de chacun avec des questions éthiques et morales.

Durant les mois suivants, l'activité des médias sur le thème du SIDA a continué à être intense, dans toutes les catégories de journaux. 12.5 % des journaux suisses ont publié plus d'une cinquantaine d'articles sur ce thème au cours des mois de février à avril. Cette énorme diffusion constitue une confrontation permanente de l'opinion avec le problème, qui exige une adaptation (Anpassung) personnelle. Un tel volume d'articles est significatif de l'intérêt porté par les médias, mais aussi par le public à ce problème. Il a eu pour le moins un effet "rappelle-toi" sur le public, quel que fût le sujet des articles. La nécessité de la prévention était répétée, implicitement ou explicitement, quasiment par chaque article publié.

L'évocation de la campagne STOP-SIDA ou de ses consignes, et plus généralement de la prévention, s'est par la suite généralement attachée à des événements précis.

Tableau 11: Images médiatiques de la prévention du SIDA

actions de la campagne STOP-SIDA	18 %
déclarations d'autorités et institutions	11 %
débats politiques	7 %
manifestations dans le cadre de la lutte contre le SIDA	4 %

en % de tous les articles imprimés ayant trait au SIDA (échantillon de 2301 articles, diffusion 79'000'000, entre le 3.2 et le 2.4.1987)

Les messages concernant les toxicomanes (non-échange de seringues) ont pour leur part été très peu diffusés lorsqu'il a été question de la campagne STOP-SIDA. En revanche, ils ont été répercutés en tant que problèmes posés et consignes données par les institutions actives dans le champ de la toxicomanie (pharmaciens, drop in, ordre judiciaire...).

Les informations concernant la lutte contre le SIDA étaient relativement moins présentes dans les journaux à grand tirage, du fait de l'importance accordées aux nouvelles étrangères sur ce thème. Cette classe de médias a pu parfois jouer un rôle perturbateur chez des lecteurs peu critiques, dans la mesure où les dépêches internationales insistent plus soit sur les espoirs et doutes de la recherche clinique, soit sur des cas personnels exceptionnels, deux thèmes qui évoquent le désarroi et l'insécurité plutôt que l'adoption de conduites sans risques.

En revanche, les journaux cantonaux et régionaux ont eu un rôle d'autant plus renforçateur de la prévention qu'ils sont perçus comme un reflet plus proche, donc plus véridique, de la réalité quotidienne des lecteurs. 64 % des articles sur le SIDA publiés par les journaux régionaux dans les mois de février et mars étaient consacrés à des faits concrets suisses, contre seulement 49 % des articles des journaux à grand tirage et 35 % de ceux du Blick pris isolément.

Relater des événements nationaux manifeste aux yeux des lecteurs que la lutte contre le SIDA s'opère aussi au niveau des cantons, ce qui augmente sa crédibilité et sa légitimité, étant supportée par les autorités ou institutions proches des lecteurs. Séances de formation pour enseignants, programmes scolaires, opinions de médecins, sensibilisation des mouvements politiques ou des milieux économiques, etc., toutes ces démarches présentées contribuent à ce que les lecteurs se sentent directement concernés par, voire solidaires avec les efforts entrepris. L'opportunité et la légitimité de la lutte contre le SIDA, ainsi que le rôle dirigeant de l'OFSP dans ce domaine ne sont jamais contestés. En revanche, l'ASS est rarement mentionnée. La continuité de l'action et la compétence des intervenants sont mises en valeur.

Il faut relever cependant que les informations concernant la prévention du SIDA ou la campagne STOP-SIDA ont paru plus souvent dans des articles de petite dimension, sans illustration, alors que les thèmes plus anecdotiques ou plus généraux bénéficiaient généralement d'une espace rédactionnel plus large. Le sujet semble suffisamment connu d'ailleurs pour que les médias ne se sentent pas tenus de donner des explications ou justifications lorsqu'ils rendent compte d'actions entreprises.

Un autre aspect de la répercussion dans les médias concerne les émetteurs sélectionnés. Il apparaît nettement que, à l'exception du dossier du Tages Anzeiger, aucun journal n'a effectué pour son compte une campagne d'information et de prévention, laissant beaucoup plus volontiers l'initiative à d'autres instances, en l'occurrence l'OFSP, l'ASS, les autorités cantonales et les institutions médico-sociales. De ce fait, les dépêches d'agences et comptes rendus de conférences de presse sans commentaires constituent la très grande majorité du corpus d'articles, auxquels s'ajoutent 14 % de lettres de lecteurs.

"Aucune prise de position au sujet de la campagne ou des stratégies de prévention contre le SIDA ne semblait assez polémique ou bouffonne pour ne pas pouvoir être publiée comme lettre de lecteur."¹² On pourrait parfois supposer une ambiguïté de la part des journaux, heureux de laisser les critiques s'exprimer par la plume des lecteurs. Cette échappatoire reste surtout une façon de conserver une apparence de neutralité de la presse, qui fondamentalement réagit très favorablement à la diffusion des idées de la prévention. Elle témoigne cependant de la réticence à reconnaître l'apport éducatif ou explicatif que pourraient formellement prendre les articles de presse. En effet, les journaux se gardent bien d'adopter un ton "pédagogique" à l'intention de leurs lecteurs et n'entrent même pas, sauf exception, dans un "forum de discussion sur le processus d'adaptation personnelle aux problèmes posés par cette maladie".

Lorsque la campagne STOP-SIDA a lancé sa seconde vague d'affiches, avec le message "reste fidèle", les journaux ont peu souligné le changement de ligne éducative ou éthique que cela impliquait, mais relevé plutôt la nécessité et l'intelligence d'une telle adjonction. La campagne perdait son aspect "fermé" sur

12 Source: Etude ARGUS/MEDIA.

les préservatifs. Et en prêtant le flanc à une critique croisée (ceux qui louaient la première vague et condamnaient la seconde, et ceux qui étaient rassurés par la seconde vague en critiquant la première), la campagne STOP-SIDA s'assurait de pouvoir continuer ses projets sans adversaires politiques. Quelques critiques sur le passage "des préservatifs à la morale" et sur "l'abandon d'une ligne pure" ont pu s'exprimer, ce que le "Nebelspalter" résumait ainsi: "Das BAG weist darauf hin, dass der Ersatz des Präservativs durch den Ehering nicht wörtlich genommen werden darf". Cette modification a peut-être permis de faire taire alors la critique publique contre la campagne.

Si l'on considère cependant le potentiel informationnel des médias et leur crédibilité dans notre pays, on peut admettre que le discours de la presse, et principalement des journaux à très grand tirage, pourrait encore s'adresser mieux à la population suisse en lui garantissant une information contrôlée, notamment dans l'usage qui est fait des dépêches étrangères. Trop souvent la présentation, le titrage et l'importance accordée à des nouvelles non pertinentes jouent un rôle disqualifiant des thèmes de prévention, alors que ceux-ci pourraient être encore mieux expliqués, justifiés et commentés, ceci en comptant sur l'accord implicite existant entre la ligne adoptée par la presse et la campagne de prévention. A ce sujet, on soulignera la très grande prudence des rédactions des trois chaînes suisses de télévision.

En refusant nettement de jouer un rôle d'éducateur du public, sur ce sujet comme pour d'autres, et en croyant utile de faire paraître quantité de dépêches anecdotiques, la presse écrite ne cherche pas à contrôler son effet en tant que constructrice d'une image du SIDA dans l'opinion. Or, lorsqu'on étudie cette image dans la population, force est de constater les nombreux brouillages qui subsistent, du fait notamment des contradictions entre les informations données. En revanche, il semble que la presse contribue à légitimer la campagne STOP-SIDA de l'OFSP et de l'ASS ainsi que les actions multiplicatrices en retransmettant les événements nationaux ou locaux avec précision.

5.3 L'accueil politique et social est généralement favorable

Comme l'a montré la répercussion dans la presse, la campagne STOP-SIDA n'a pas déchaîné les polémiques et a apparemment entraîné l'adhésion de tous les milieux concernés très rapidement, bien qu'ils n'aient pas été tenu au courant des projets précis de l'OFSP et de l'ASS. Les opinions farouchement critiques se sont limitées à des voix individuelles marginales, même si on leur a parfois fait un grand écho. Les instances supérieures des églises, les milieux médicaux et éducatifs, comme les autorités des cantons ont très clairement approuvé l'initiative prise, ses objectifs, ses contenus et même presque toujours ses formes. Le caractère d'urgence d'une campagne de prévention, face à une épidémie croissante, et compte tenu de l'absence d'autres moyens que l'influence sur les comportements individuels, a été reconnu par tous les milieux, et l'orientation "sanitaire/sécurité" versus "autorité morale" était approuvée.

Les débats politiques, notamment autour de l'interpellation Ruckstuhl au Conseil National, ont finalement permis, malgré un certain nombre de discours critiques, de rassembler une solide majorité autour de l'OFSP et du Conseiller fédéral Flavio Cotti en faveur de la campagne. Les commentaires de presse à cette époque n'ont donné lieu qu'à une quinzaine d'articles de presse

manifestement négatifs à l'égard de la campagne. Les journaux ont par exemple souvent choisi de ne pas publier certaines prises de positions, comme celle de l'Alliance des Indépendants bernoise du 1er avril 1987 demandant d'interdire l'affichage STOP-SIDA parce qu'il "favorise de façon alarmante la débauche et le dévergondage" ("sie fördern... in beängstigender Weise Unzucht und Schamlosigkeit"). Ce communiqué de presse n'a eu ainsi qu'une diffusion de 168'000 exemplaires, ce qui est très modeste.

La publication du "Concept de lutte contre l'épidémie du SIDA en Suisse" le 8 avril et l'approbation des crédits pour la recherche, bien qu'ils aient fait l'objet d'une publicité limitée, ont aussi été l'occasion de confirmer les options prises, tant au sujet des valeurs défendues par l'OFSP que concernant les prémisses de la campagne de prévention.

La diffusion de la seconde vague d'affiches, et surtout le message "reste fidèle", au début du mois de mai, ont été salués comme une concession faite aux autorités ecclésiastiques et aux milieux conservateurs, et non comme une rectification opportune en terme de risque de SIDA. C'est ainsi que certains journaux qui ont effectué alors des sondages de l'opinion publique ont mis en évidence les critiques d'une part importante de la population et ses réserves concernant un tel glissement moralisant.

Les commentaires concernant le PS-Magazine de juin s'adressant principalement aux femmes sont pour leur part généralement positifs, et s'intéressent surtout à l'apport d'informations nouvelles donné à la population. Ils portent leur attention d'ailleurs plus sur les aspects liés à la maternité qu'aux comportements sexuels.

Au même moment, les rapports concernant la conférence de Washington sur le SIDA ont permis à divers milieux de rappeler l'opportunité des efforts menés en Suisse. Ces deux événements de la fin du printemps ont donné lieu à un rappel d'explications et d'informations dans la presse, ce qui est généralement rare pour le reste de la période.

La diffusion PS-Magazine s'adressant aux jeunes en novembre 1987, est trop récente pour que des opinions précises puissent être analysées dans le délai de l'étude d'évaluation. On relèvera cependant la prise de position négative du Chef d'un département de la Santé publique dans un quotidien romand, condamnant publiquement son collègue de l'Instruction publique responsable de la diffusion du magazine aux adolescents scolarisés du canton.

Interrogés dans le cadre de l'étude sur les comportements sexuels, les personnes de 17 à 30 ans admettent à 94 % la nécessité de la campagne STOP-SIDA (sehr nötig 50 %, nötig 44 %), alors que seulement 1 % la trouvent superflue et 0.2 % dangereuse. A leurs yeux, la lutte contre le SIDA est bien conduite (Ist die Kampagne gut gemacht ?) pour 70 % (sehr gut 13 %, gut 57 %), les opinions franchement négatives étant rares (3.5 % schlecht oder sehr schlecht).

5.4 Les leaders informels jouent, parfois timidement, leur rôle de transmetteurs

Sans que cela ait été explicitement déclaré, la campagne STOP-SIDA compte sur l'effet multiplicateur que peuvent jouer, notamment auprès des jeunes, les parents, enseignants, médecins et ecclésiastiques. Ceux-ci, interrogés avant le début de la campagne, puis sitôt après son démarrage, et encore une fois six mois plus tard (Etude LEADERS INFORMELS), ont montré des dispositions tout à fait favorables à la lutte contre le SIDA et soutiennent les efforts entrepris par l'OFSP et l'ASS. Leur opinion n'a pas changé au vu des modes d'expression de la campagne, ni après plusieurs mois de diffusion des messages. Les réserves émises parfois concernent le plan formel (manque d'humour) ou une certaine impression de saturation. Une moitié d'entre ces leaders informels n'a pas remarqué précisément le changement de ligne opéré par la mise en avant du slogan "reste fidèle" en mai 1987. Les autres se partagent entre ceux qui sont satisfaits que l'on ait complété la diversité des formes de comportements sûrs, regrettant le côté trop "mécanique" du discours sur les préservatifs, et ceux qui craignent qu'on abuse d'un ton moralisateur.

Ces remarques doivent être pondérées par le fait que les éducateurs, lorsqu'ils abordent le thème du SIDA, introduisent presque toujours la dimension éthique des conduites visées. Ils sont prêts aussi à fournir des éléments d'information sur la maladie, qu'ils puisent essentiellement dans les dossiers publiés par la presse. On ne peut cependant pas exclure qu'un certain nombre d'entre eux soient mal à l'aise pour aborder des sujets comme la sexualité, l'amour, la fidélité, la différence, la responsabilité personnelle et le risque de mort. Leur compétence est certainement très variable de personne à personne.

La plupart des parents, enseignants, médecins et éducateurs interrogés ont eu l'occasion de discuter avec des jeunes au sujet de la prévention du SIDA, déjà avant la campagne, mais surtout lorsque des thèmes nouveaux étaient amenés devant l'opinion.

Plusieurs d'entre eux, notamment des maîtres enseignant dans les niveaux supérieurs (Oberstufenlehrer), ont entrepris de parler de ce sujet au cours de leçons, d'assemblées publiques ou professionnelles. Ils comptent d'ailleurs sur l'appui des directions d'écoles, des parents et des représentants des églises pour progresser ensemble dans la confrontation au problème du SIDA. Les médecins se sont sentis aussi très directement concernés, ont souhaité acquérir les éléments d'information nécessaire (cours de formation), et ont cherché le contact sur ce sujet avec un certain nombre de leurs patients ou répondu à leurs questions. Certains d'entre eux agissent pratiquement en distribuant des préservatifs ou des seringues. Les ecclésiastiques se sont montrés plus réservés et moins concrets dans leurs interventions spontanées envers les jeunes. Certains ont néanmoins débattu des problèmes d'"amour, sexualité, tendresse" avec des confirmands ou dans des sessions de formation. Les parents, enfin, sont confrontés au problème du SIDA avec leurs enfants dès l'âge de 12 ans et discutent souvent de ces problèmes en famille.

Les prises de parole spontanées sont toutefois plus rares que les réponses aux questions posées par les jeunes, et ceci dans les quatre groupes.

Les expériences rapportées montrent que les adolescents sont très demandeurs d'informations et d'écoute/conseil personnel sur le sujet, et manifestent souvent des craintes, notamment lorsqu'ils s'adressent à des

médecins. Ces derniers sont perçus comme les meilleurs informateurs et conseillers par les jeunes comme par les adultes. Leur aisance à aborder ce genre de sujet, en particulier les conduites sexuelles de leurs patients si ceux-ci ne consultent pas précisément pour ce problème (contraception, MST, voyages à l'étranger...), est cependant encore problématique. L'enquête menée auprès d'une partie des "médecins sentinelles" montre en effet qu'un bon nombre de praticiens étaient récalcitrants à interroger leurs patients sur leurs comportements sexuels, et que le prétexte d'une étude scientifique était le déclencheur nécessaire pour un tel dialogue chez d'autres. Ceux qui spontanément pouvaient aborder le problème étaient donc relativement peu nombreux. "Die Tatsache, dass die Befragung an sich kaum Probleme aufgeworfen hat, lässt sich nicht ohne weiteres in dem Sinne verallgemeinern, dass alle Hausärzte in der Lage seien, tiefgehende Beratungsgespräche über heterosexuelle Ansteckungsrisiken mit allen ihren Patienten durchzuführen. ... Die Interviews selber boten in vielen Fällen offenbar einen geeigneten Einstieg in die Materie, der bei alleinigen Beratungsgesprächen fehlen wird."¹³

Ces observations montrent toute l'importance des contacts personnalisés comme façon d'entrer en matière sur la réalité du risque du SIDA, et toutes les difficultés d'un rôle de médiateur lorsque le sujet porte autant de tabous et de questions non tranchées. La morale des éducateurs ne peut pas être imposée comme telle, et le sujet ne peut se limiter à des échanges d'informations factuelles. Il semble que, globalement, le rôle des éducateurs soit vis-à-vis des jeunes plutôt favorable à une prise de conscience des risques, des diverses possibilités d'y échapper, et donc promoteur de comportements responsables.

5.5 L'action s'est aussi déroulée dans les cantons

Le fait que l'OFSP ait entrepris au niveau national avec l'ASS la campagne de lutte contre le SIDA, alors que le champ de la santé est en principe du registre de compétence des cantons en Suisse, n'exclut pas du tout qu'une part importante de la lutte soit aussi menée dans les cantons. L'OFSP agit en cela sur la base des articles 3 à 9 de la Loi fédérale sur les épidémies. La nouveauté et la soudaineté du problème ont d'ailleurs amené chaque canton à définir une ligne d'action et à mettre en oeuvre des moyens propres, en complément des efforts faits par la Confédération. Le rôle des cantons ne peut donc se limiter à la prise en charge médicale des patients.

A cette dialectique cantons-Confédération s'ajoute le phénomène de l'action militante de base de l'ASS, lancée notamment, voire principalement par des membres actifs des groupes marginaux, surtout homosexuels. D'où une autre dialectique, celle entre les autorités (cantonales ou fédérales), les professionnels de la santé et les groupes militants ou bénévoles. Or ces derniers ont une autre forme de sensibilisation au problème du SIDA et ont eu une plus grande rapidité d'intervention au départ.

Les tâches qui ressortissent finalement aux cantons sont:

- l'intégration de la prévention du SIDA dans les programmes d'éducation à la santé dans les écoles,

- l'adaptation des politiques d'interventions auprès des toxicomanes par rapport au risque SIDA,
- la coordination des institutions de soins, de prise en charge médico-sociale et d'accompagnement psychologique des malades, des séropositifs, et des personnes inquiètes face au SIDA.

L'étude menée dans 9 cantons, représentant 3/5 de la population suisse, montre qu'une conception de la politique de prévention et de prise en charge a été définie dans le canton avec la contribution de toutes les ressources d'expertise locales.

Des interventions à l'intention des enfants et adolescents dans le contexte scolaire sont mises en oeuvre ou en voie de l'être partout. Elles incluent des éléments de formation des enseignants ou autres intervenants. A l'égard des toxicomanes, les options sont moins claires; certains cantons renforcent leurs programmes de méthadone pour éviter l'usage de seringues, d'autres ont plus ou moins libéralisé l'accès aux seringues; le travail d'aide sociale et éducative, y compris hors des institutions, a aussi été renforcé.

Les actions entreprises en direction de la population générale concernent l'autorisation (pas partout) de distributeurs automatiques de préservatifs, mais également toute une série d'actions d'information: conférences dans les cercles professionnels, de parents, des partis, des oeuvres sociales, circulaires aux médecins, personnels soignants, responsables d'institutions éducatives... Une collaboration a été cherchée presque chaque fois avec les antennes locales de l'ASS, surtout pour assurer le contact avec les membres des groupes marginaux et pour répondre aux demandes personnalisées d'information et d'aide face à l'incertitude, face au test et à son résultat, ou en cas de maladie. Dans quelques cantons, les autorités ont été amenées à se prononcer très clairement contre des mouvements d'opinion demandant des mesures répressives, qu'ils ont toujours rejetées. D'autres protestations contre le développement de la campagne de prévention ont aussi été repoussées (même si cela a retardé la campagne d'affichage dans certains cas).

De façon générale, les cantons ne se sont pas du tout sentis dépossédés de leur responsabilité dans la lutte contre le SIDA, malgré l'emprise de l'action de l'OFSP. La Conférence des directeurs sanitaires et les médecins cantonaux sont très favorables à la forme de division du travail qui s'est établie ces dernières années.

Les réponses données par les cantons, qui ont des dispositifs plus ou moins développés actuellement, s'expliquent en partie par des effets de taille, d'exposition et de ressources. Tenant compte de ces facteurs, mais aussi des particularités politiques et médicales, on peut dessiner 4 modèles analytiques des politiques cantonales:

- un **modèle médical**, qui s'appuie essentiellement sur l'expertise des services médicaux pour développer le concept d'action, les interventions éducatives et l'accompagnement des personnes concernées; la contribution de l'ASS est sollicitée uniquement sur le plan de la réflexion et du contact avec les groupes marginaux, mais écartée des actions officielles; les autres professionnels sont peu intégrés dans l'action;

- un **modèle socio-médical de prévention et d'aide**, où l'Etat fait appel, généralement par le médecin cantonal, à la coopération de toutes les personnes et institutions déjà en place des milieux médicaux, médico-sociaux, éducatifs, d'aide et de conseil; ce réseau développe des initiatives multiples et combinées et coopère directement avec les milieux marginaux, en particulier grâce aux antennes de l'ASS;
- un **modèle étatique**, qui voit les services de l'Etat organiser les interventions directement sur le terrain ou diriger une sorte de "coalition" des institutions concernées en vue de réaliser son programme de prévention; dans ce cadre, l'ASS est chargée d'assurer le contact avec les groupes marginaux;
- un **modèle de structure de base**, caractéristique des petits cantons, qui fait appel à toutes les coopérations personnelles possibles, notamment aux médecins praticiens et médecins scolaires, aux Ligues de santé, aux enseignants; les médecins cantonaux ont une tâche importante de coordination ou de délégation, mais également de contact avec les autres cantons afin de recueillir les expériences et matériels développés; ces cantons n'ont pas tous des antennes de l'ASS et une faible présence des groupes marginaux.

Ces différentes manières de faire face au problème du SIDA n'ont pas montré pour l'instant des effets très différents, d'autant plus que l'action est en cours, en accélération même dans la plupart des cantons.

On peut cependant déjà relever des facteurs favorables, qui résident d'abord dans les ressources: les cantons les plus grands, les plus concernés également, sont aussi ceux qui disposent de plus de personnels (Hôpitaux universitaires, services médico-sociaux...) et de plus de moyens pour les actions de la base, via l'ASS. Les antennes locales de l'ASS reçoivent toutes des appuis financiers des cantons. Indépendamment de la taille, un autre facteur d'entraînement réside dans l'attitude du corps médical, des travailleurs sociaux ou de la presse, qui parfois demandent au canton d'intervenir concrètement.

Les facteurs de frein s'expriment surtout sous la forme de mouvements d'opinion ou de polémiques venant de la droite, voire de l'extrême-droite de l'échiquier politique. Pourtant les pétitions contre l'affichage, les demandes de test obligatoire pour les immigrés, les protestations moralisantes n'ont pas empêché les actions de prévention, grâce à la fermeté des autorités en faveur d'une politique ouverte et non-discriminatoire dans la lutte contre le SIDA.

5.6 Les influences entre pairs

Le processus de multiplication des messages par les pairs de manière informelle existe déjà dans presque tous les groupes comme l'ont rapporté plusieurs personnes interrogées dans toutes les études qualitatives.

L'action la plus complète, y compris sur le plan formel, s'est développée chez les homosexuels. Différents groupes ont entrepris des campagnes spécifiques au milieu depuis 1985 déjà sous forme d'encarts publicitaires dans les journaux gays, tracts, distribution de préservatifs dans les bars et les saunas, le

développement et la promotion de la Hot Rubber Company, qui distribue des préservatifs spécialement pour les homosexuels, etc. Ces actions sont généralement appréciées, elles sont considérées nécessaires et utiles. Malgré des impressions parfois de saturation, il ressort des interviews que la répétition des messages est indispensable. La mise à disposition de l'information, l'installation de distributeurs de préservatifs dans les bars, les discos, les saunas sont très appréciées, nettement plus que les actions-démonstrations comme la distribution de petits cadeaux faite par l'ASS et ses membres au début 1987.

Des efforts similaires ont été entrepris dans les milieux de la prostitution. Les associations de péripatéticiennes offrent de l'information à leurs membres, des lieux de rencontre et de discussion. A Genève, une action à même été entreprise sous forme d'une lettre ouverte aux clients, signée par une quarantaine de prostituées. A Zürich, la ville a diffusé une affiche "Ohne ist unfair" pour la défense des prostituées, semble-t-il préparée avec les milieux concernés. Cependant, les prostituées ont vivement réagi au moment de l'affichage, en considérant qu'on les discréditait. Cela montre à quel point il est important de collaborer étroitement avec les milieux concernés si l'on ne veut pas mener à l'échec les projets.

Une autre forme de relais par les pairs se remarque par la multitude de cours, séminaires, conférences mis en place par les associations professionnelles pour leurs membres. Ils répètent en général les consignes de l'OFSP et de l'ASS en les adaptant aux problèmes spécifiques rencontrés par les professionnels dans le cadre de leurs activités.

6. EFFICACITE DE LA CAMPAGNE DE PREVENTION STOP-SIDA

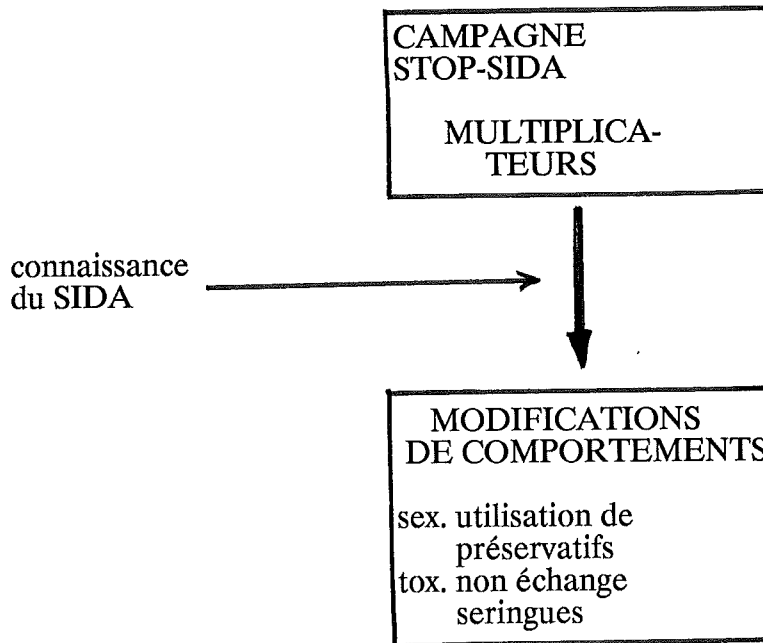
Dans le chapitre 4, on a vu qu'une série de changements de comportements ont eu lieu dans les groupes observés, que ces changements sont en pleine évolution, qu'ils ont tendance à se faire dans le sens de l'adoption de comportements de protection, et que l'évolution prévisible au cours des prochains mois devrait confirmer la tendance vers des conduites sûres.

Les messages diffusés par l'OSFP et l'ASS dans le cadre de la campagne STOP-SIDA sont simples, clairs, percutants sans être choquants et s'adressent à tous sans différenciation ni exclusion. Les canaux de diffusion sont multiples et cherchent à atteindre le plus directement le maximum de personnes par des voies appropriées. Un effort est également fait pour stimuler les multiplicateurs institutionnels et informels.

L'action de l'OFSP et de l'ASS s'inscrit dans un contexte de discours et de valeurs vis à vis de la sexualité et des normes morales qui ne doit pas être négligé, quant au rôle qu'il joue sur l'évolution des attitudes et des comportements. De plus le SIDA, notamment son caractère inguérissable et mortel, fait aujourd'hui partie des connaissances de chacun et de ce fait a une influence par lui-même.

En outre les multiplicateurs ne font pas que reproduire les messages originaux de STOP-SIDA, mais les adaptent en fonction de leurs croyances et convictions personnelles, de leur public-cible et donc génèrent de nouveaux messages (voir chapitre 5).

Figure 5: Relation entre la campagne et les changements de comportements



Il est difficile de pouvoir conclure à une relation directe et unique de cause à effet entre la campagne STOP-SIDA et tous les changements observés dans la population résidante en Suisse et de mesurer l'importance de cette relation. Ceci est lié en partie au fait que la campagne s'adresse à toute la population résidante en Suisse, qu'il n'y a par conséquent pas de population de référence disponible non touchée. Par ailleurs les variables observées sont des concepts multidimensionnels, donc difficiles à mesurer. Il n'y a cependant pas de méthodologie plus appropriée que celle retenue pour saisir les relations entre les campagnes et les résultats.

L'évaluation entreprise depuis 1986 permet de montrer:

- que des facteurs internes à la campagne STOP-SIDA sont responsables d'une efficacité certaine de celle-ci,
- que d'autres doivent être renforcés par des influences combinées,
- et enfin que quelques faiblesses et manques atténuent l'efficacité attendue.

6.1 Arguments qui parlent en faveur de l'efficacité de la campagne STOP-SIDA (relation de cause à effet)

1. **la séquence temporelle des événements:** l'action de l'OFSP et de l'ASS (brochure d'information 1986, puis campagne STOP-SIDA dès février 1987) a précédé la plupart des actions et discours tenus par d'autres instances; de même les changements d'attitude sont principalement apparus en 1987, sauf chez les homosexuels qui bénéficient d'actions spécifiques depuis 1985;
2. **l'effet de masse:** un volume considérable de choses se sont dites et écrites à l'initiative de l'OFSP et de l'ASS dans le cadre de la lutte contre le SIDA depuis un an via une multitude de médias; la campagne STOP-SIDA a en outre encouragé les multiplicateurs à être responsables et autonomes dans ce qu'ils entreprennent;
3. **l'unité des messages:** les consignes diffusées et les prémisses de la prévention du SIDA témoignent du consensus qui existe sur ce sujet: il y a très peu de consignes contradictoires, peu de polémique, et les discours extrémistes tels que ceux moralisants de Pro Veritate et de certain conseiller d'Etat, ou ceux des tenants de la discrimination, sont rares et généralement sans suites; ce sont bien les messages de la campagne STOP-SIDA qui ont été reproduits et pas d'autres;
4. **les mécanismes d'adaptation:** les messages essentiels de la campagne STOP-SIDA sont repris et adaptés sous des formes et des contenus qui conviennent à chaque sensibilité ou préoccupation éthique; cela permet par exemple d'inclure dans les comportements de protection la possibilité d'autres conduites érotiques sans risque que des relations avec préservatif; de même de proposer aux adolescents le préservatif au début d'une relation fidèle;
5. **l'effet de non-stigmatisation et de non-culpabilisation:** dans la campagne de l'OFSP et de l'ASS, les minorités sociales ne sont jamais considérées comme "coupables" de l'épidémie, pas plus que les comportements hors des convenances; cela permet de ne pas exclure socialement les premières et de rendre la majorité consciente des risques qu'elle court occasionnellement;
6. **l'acceptation, le renforcement et la confirmation du leadership, de la crédibilité, de la légitimité:** l'OFSP et l'ASS sont investies de l'autorité centralisée nécessaire, et disposent de ressources abondantes; ils montrent de manière claire et compréhensible qu'ils disposent des connaissances scientifiques les plus récentes fondées sur les recherches internationales et qu'ils font passer la science, la médecine, la santé et la sécurité avant la morale; la politique de l'OFSP est soutenue sans réserve par le gouvernement et approuvée quasi unanimement par les milieux politiques; à la différence d'autres sujets, la façon de lutter contre le SIDA est restée au-dessus des querelles partisans; le fait que l'OMS considère la campagne STOP-SIDA comme exemplaire et comme un modèle à suivre a notablement renforcé la légitimité de l'OFSP et de l'ASS.

6.2 Arguments qui montrent que l'efficacité de la campagne STOP-SIDA exige l'action d'autres intervenants

7. **synergie** nécessaire entre la campagne médiatique et d'autres interventions pour agir efficacement sur les changements de comportements: on observe que les campagnes publicitaires seules n'ont souvent pas suffi à inciter les personnes interrogées à changer de comportements; leurs évolutions ont été stimulées de multiples autres manières, par la proximité du virus (se savoir positif, ou son partenaire, connaître un malade), par l'incitation de pairs ou par l'influence de personnes de confiance (ami, médecin, parent...);
8. **renforcement** des actions entreprises par d'autres: l'évolution des comportements chez les homosexuels et chez certains des dragueurs montre qu'elle a commencé avant le début de la campagne STOP-SIDA; pour les homosexuels les émetteurs principaux restent l'ASS et les organisations gay, et dans leur cas l'OFSP confirme et renforce les consignes en montrant qu'elles s'adressent à l'ensemble de la population;
9. **non-répression**: l'OFSP et l'ASS ont réussi à éviter la mise en place par les autorités suisses d'une politique du type répressif; si la discrimination et la répression étaient apparues comme une forme envisagée par l'Etat de lutter contre le SIDA, ne serait-ce qu'une fois, cela aurait aussitôt disqualifié l'ensemble de la campagne STOP-SIDA.

6.3 Manques et faiblesses de la campagne STOP-SIDA

10. le message "**reste fidèle**", ajouté à partir de mai 1987 à la campagne STOP-SIDA, a été massivement diffusé au détriment de ceux concernant le matériel d'injection et l'usage de préservatifs; or ce message était dans sa forme inadéquat pour la plupart des groupes exposés au risque du SIDA (même si il est incontestable que la fidélité durable et exclusive protège effectivement du SIDA):
 - les dragueurs considèrent cette consigne comme "débile" et "moralisatrice", ce qui disqualifie à leurs yeux l'émetteur de la campagne STOP-SIDA,
 - les homosexuels se sentent rejetés par le symbole de l'alliance car ils ne peuvent pas pour leur part associer la fidélité et le mariage,
 - les adolescents se sentent toujours fidèles même s'ils changent plusieurs fois de partenaires et courent ainsi des risques,
 - enfin les parents qui se sentent rassurés par ce message pensent à tort qu'ainsi ils peuvent éviter les risques aux adolescents (sans réaliser que ce message est inadéquat pour ces derniers);

l'apparition soudaine du slogan "reste fidèle" trois mois après le début de la propagande pour le préservatif pouvait alors être perçue comme un

revirement fondamental des consignes de prévention et ainsi contester la validité du premier message;

en outre, la fait que dans les zones rurales seul le slogan "reste fidèle" a été diffusé, malgré les vœux des initiateurs de la campagne, a pu donner l'impression que l'on osait pas parler de préservatif à tous de la même manière;

toutefois, le message fidélité a eu une efficacité en termes politiques qui n'est pas à négliger puisqu'il a certainement permis de renforcer la lutte contre le SIDA (nouveaux crédits, démarrage de programmes au niveau cantonal...);

11. l'absence de contact permanent avec les **intervenants en toxicomanie**, au contraire de ce qui a été fait avec les homosexuels: le manque de la collaboration entre ces spécialistes et avec les responsable de STOP-SIDA n'a pas permis de développer des stratégies spécifiques, d'autant plus que l'action dans ce milieu est difficile; en n'associant pas suffisamment ces personnes-relais, on a laissé souvent les éducateurs dans le désarroi et l'incertitude;
12. parfois le manque de **diplomatie** avec les personnes prêtes à collaborer à la prévention dans des régions périphériques ou pour des groupes spécifiques: un exemple de ce problème est apparu pour la diffusion du PS-Magazine Jeunes dans les écoles, refusée par un canton parce que les milieux enseignants de cette région linguistique n'avaient pas été associés à sa conception;
13. la quasi absence de messages s'adressant aux **migrants**, à l'exception d'un dépliant imprimé en huit langues: ce groupe est très important du point de vue du nombre et par le fait que ces personnes vivent souvent dans une situation de solitude et de disponibilité sexuelle qui peut les inciter à prendre des risques vis-à-vis du SIDA; en outre bon nombre d'immigrés ne sont probablement pas atteints par les messages de la campagne STOP-SIDA pour des raisons culturelles, qui ont toutes leur importance dans les discours liés à la sexualité;
14. la persistance d'une **fausse image du test** de dépistage des anticorps anti-VIH: dans le langage de tous les jours on parle presque toujours de "test SIDA" et/ou de "test anti-SIDA", ce qui, au delà des télescopages de langage, montre la confusion quant au rôle joué par ce test: il est perçu comme un moyen de se protéger du virus, de se défendre du SIDA et de détecter la maladie, alors qu'il met seulement en évidence la présence d'anticorps dans le sang; bien que l'OFSP et l'ASS n'aient jamais prétendu autre chose, ils n'ont pas réussi à empêcher l'émergence d'une telle image, comme par exemple en n'expliquant pas suffisamment clairement dans les hôpitaux que de faire le test ne résoudrait pas les angoisses et les peurs du personnel hospitalier, lequel a ensuite favorisé et renforcé cette croyance concernant le test.

6.4 Bilan d'ensemble: la campagne STOP-SIDA est efficace

Toute une série de changements se mettent en route dans tous les groupes observés. L'évolution des comportements, des attitudes et des croyances des différents groupes est à des stades différents, mais les tendances vont toutes dans le même sens. Il y a beaucoup de changements et ils vont en s'accélégrant, ce qui permet de croire que le hasard seul n'en est pas responsable et que par conséquent la campagne STOP-SIDA est efficace.

Cependant tout n'est pas fini, non pas par inefficacité de la campagne mais essentiellement car le processus de changement est lent. En tous les cas, il n'y a pas d'arguments qui permettent de reprocher à la campagne STOP-SIDA d'avoir mis en oeuvre des projets inadéquats et contre-productifs à long terme.

La campagne STOP-SIDA a démontré sa nécessité, mais son assise est encore très fragile. Les exemples des réactions vis-à-vis du "reste fidèle", contre le "Meldepflicht" et celles des enseignants tessinois sont là pour le rappeler. Donc prudence, prudence...

Persévérance: Il faut continuer les campagnes de prévention avec la même intensité; tous les programmes de prévention mis en oeuvre depuis 50 ans montrent que les améliorations de la santé ne sont réelles et importantes que longtemps plus tard.

7. ANNEXE METHODOLOGIQUE

7.1 But de l'évaluation

1. Déterminer l'efficacité des actions entreprises en Suisse visant à diminuer la transmission du SIDA.

2. Mettre en évidence les mécanismes de diffusion et de répercussion de la campagne.

Une détermination de l'évolution de la prévalence des anticorps anti-VIH ne permettrait pas de répondre à la question posée. Le temps de latence du virus est beaucoup trop long pour être sûr que le changement du taux de séropositivité soit dû aux campagnes. En outre les comportements personnels, dont les modalités dépendent du milieu social et culturel, laissent supposer que les modifications de prévalence sont variables dans l'espace, dans le temps et dans les différents groupes.

De plus il se pose une série de problèmes éthiques et pratiques qui actuellement ne permettent même pas de mettre sur pied une étude de prévalence au niveau de la population générale, dont en particulier que:

- le résultat d'un test pose des problèmes psycho-sociaux importants: à quelqu'un dont le résultat est positif, il n'y a rien à offrir d'autre qu'un soutien lui permettant d'accepter sa situation.
- le taux de prévalence dans la population générale est encore extrêmement faible et ses changements sont aussi petits, actuellement vraisemblablement à la hausse; mesurer l'effet des campagnes de prévention impliquerait une durée d'étude très longue et une taille d'échantillon énorme.

Enfin la prévalence ne permet en aucun cas de décrire le processus de la campagne, ni d'en évaluer la pertinence.

En conséquence, le but de l'évaluation ne peut être que de déterminer l'atteinte d'objectifs intermédiaires (qui correspondent à ceux de la campagne de prévention), considérés comme des indicateurs sensibles, plus ou moins spécifiques et précoces, de l'effet des programmes de prévention.

Il s'agit de:

- mettre en évidence les modifications de comportements,
- déterminer les mécanismes de changement,
- mettre en évidence les déclencheurs et les freins au changement,
- décrire les réactions à la campagne dans la population générale et dans diverses populations cibles ou exposées.

En dehors de ces indicateurs de résultats, une analyse du processus de diffusion et de multiplication de la campagne STOP-SIDA est nécessaire pour améliorer les canaux de la diffusion d'une part et pour mieux comprendre les mécanismes propres de la campagne.

L'évaluation proposée se pose donc en termes de processus et de résultats.

7.2 Hypothèses de recherche

1. L'adoption de comportements protégés est la conséquence des campagnes de prévention.
2. Les attitudes concernant le SIDA sont influencées positivement par les campagnes de prévention (pas de stigmatisation de groupes spécifiques, ni de peur infondée).
3. Les connaissances concernant le SIDA sont améliorées par les campagnes de prévention.
4. La campagne STOP-SIDA génère des effets multiplicateurs positifs.
5. La campagne STOP-SIDA ne favorise pas de mouvements de résistance et de rejet.

7.3 Définitions des variables

Les variables **dépendantes** sont:

- les comportements protégés vis à vis du SIDA
- les attitudes de peur, de stigmatisation, de déni
- les croyances (images, représentations)
- les connaissances.

La variable **indépendante** est:

- l'action des campagnes de prévention (campagne STOP-SIDA, actions multiplicatrices).

Aussi bien les variables dépendantes que la variable indépendante comprennent plusieurs composantes qui de plus évoluent avec le temps. Même en considérant la variable indépendante de manière très large sans très bien savoir ce qu'elle contient, l'histoire (des actions ponctuelles, spécifiques à certaines régions ou à certains groupes) intervient dans la relation entre les variables dépendantes et indépendante.

Ce phénomène pose le problème de pouvoir définir avec certitude des relations de cause à effet. Il s'ajoute à cela que selon le modèle théorique de modification des comportements utilisé, cette modification est également fortement influencée par l'environnement social et culturel. Cette difficulté augmentera peut-être avec le temps, c'est-à-dire au fur et à mesure que les actions autres, plus ou moins indépendantes de la campagne initiale au niveau de la population générale, se développeront. On peut cependant aussi imaginer que les actions auront tendance à s'uniformiser, et dans ce cas, l'unité des actions de prévention sera plus homogène.

Pour pouvoir mettre rapidement en évidence des effets de la campagne STOP-SIDA il était nécessaire de développer un design combinant plusieurs méthodes. En conséquence, il s'agit de minimiser les biais liés aux différentes approches et méthodes d'enquête. Les approches qualitatives permettent d'apporter des éléments explicatifs aux études quantitatives.

7.4 Biais dans les approches quantitatives

7.4.1 Le marché du préservatif

La variable mesurée (distribution et vente des préservatifs, points de vente) appréhende indirectement et partiellement l'adoption de comportements de protection.

a) Comme noté dans les enquêtes qualitatives et ciblées, d'autres comportements n'impliquant pas de pénétrations, donc sans usage du préservatif, sont aussi adoptés.

b) Il est nécessaire de vérifier si l'évolution du marché correspond à un usage approprié: dans le cas présent, une protection contre les MST et non pas seulement un moyen de contraception.

c) Enfin il importe de s'assurer que ce sont bien ceux qui se trouvent dans des situations à risques qui adoptent l'usage des préservatifs.

Comme il n'existe pas de liste exhaustive des différentes marques de préservatifs et que le volume initial des ventes (c'est à dire avant 1987) n'est pas connu, il est impossible actuellement d'obtenir des chiffres d'évolution exacts et exhaustifs. Seule une estimation basée sur les principaux producteurs et distributeurs est possible qui permet de dégager les tendances de l'évolution du marché.

7.4.2 Connaissances et comportements chez les jeunes adultes de 17 à 30 ans

La tranche d'âge choisie correspond à celle où les comportements à risques sont à priori les plus fréquents, le nombre d'individus ayant des comportements à risques dans la population générale restant malgré tout relativement faible. Il s'agit d'une classe d'âge qui est plus difficilement atteignable que les autres, et peut-être que les personnes de ce groupe vivant seules sont encore moins facilement atteignables. Cela a justifié des efforts particuliers de l'institut de sondage IPSO pour atteindre les personnes-cibles. La difficulté subsiste néanmoins et est confirmée par une surreprésentation des femmes vivant en couple. Cette observation s'est répétée lors des deux enquêtes. Les autres variables structurelles sont cependant comparables, et sur des critères comme la consommation de drogues, les relations homosexuelles, les relations sexuelles avec des prostituées et l'absence de toute relation sexuelle, on relève une très bonne similitude des deux échantillons.

Si dans le domaine des connaissances on note dans tous les groupes d'âge des améliorations importantes, l'interprétation de l'évolution des comportements n'est pas aussi claire. Il y a d'une part la durée très courte entre les deux mesures, d'autre part on peut se demander si les campagnes ont eu la même intensité pour tous les sous-groupes. Enfin si la composition de ces sous-groupes est similaire, leur taille étant très petite, il est difficile de mesurer et d'apprécier les changements.

7.4.3 Comportements à risque chez la clientèle célibataire de médecins participant au programme Sentinella

Seuls 34 médecins volontaires ont participé à ce sous-projet du programme Sentinella, dont le but est de monitorer l'apparition d'épidémies de pathologies courantes en Suisse. La comparaison des caractéristiques de ces médecins avec l'ensemble des médecins suisses montre qu'ils n'ont pas vraiment le même profil. Il n'est pas possible actuellement de savoir si la clientèle de ces médecins est la même que celle de l'ensemble des médecins suisses.

Le mode de sélection des personnes interviewées n'était pas aléatoire. Le médecin devait choisir un client célibataire susceptible d'être concerné par le problème et ensuite prendre le premier patient célibataire suivant. Le nombre de personnes interviewées par chaque médecin est très variable, ce qui laisse supposer que la personnalité du médecin a joué un rôle important dans la discussion.

Il apparaît également que sans le questionnaire, la plupart des médecins n'auraient pas abordé le sujet avec leurs patients. Il faut préciser que cette étude s'est faite en janvier 1987 dans l'optique d'avoir une mesure t0 et de répéter celle-ci en automne 1987. Il a été possible d'obtenir la participation de 25 médecins pour une seconde enquête, réunissant 350 questionnaires. Ces médecins étant tout le temps sollicités sans réelle contrepartie, il est compréhensible qu'ils se lassent.

7.4.4 Connaissances en matière de SIDA chez des jeunes Tessinois âgés de 19 ans (interrogés lors du recrutement)

Dans ce cas une mesure unique a été effectuée, mais s'étalant plus longuement dans le temps (de mars à juillet et octobre à novembre 1987) que

l'étude précédente. La première partie du questionnaire était à remplir à domicile et concernait principalement les données socio-démographiques, la deuxième partie pendant le contrôle sanitaire et interrogeant sur les connaissances en matière de SIDA et des facteurs de risques liés aux pathologies cardio-vasculaires. La situation particulière du recrutement incite à se poser des questions sur la qualité des réponses obtenues. Etant donné le nombre de bonnes réponses à des questions uniquement de connaissances, on peut supposer que ce biais est resté très marginal.

7.5 Biais dans les approches qualitatives

L'observation de groupes comme les homosexuels, les toxicomanes par voie intraveineuse, les dragueurs et les sex-touristes pose immédiatement les questions de définition et de la taille de ces collectifs. La composition des groupes est inhomogène, dès l'instant où l'on ne se contente pas du critère qui définit le groupe (relations avec des personnes du même sexe pour les homosexuels, injection de drogue pour le groupe des toxicomanes, plusieurs partenaires par mois pour être admis dans l'étude des dragueurs). Le but de ces observations a été de mettre au point des stratégies d'échantillonnage qui permettent de rencontrer l'ensemble des typologies de comportements qui peuvent se rencontrer dans chacun de ces groupes.

Dans le groupe des toxicomanes, il apparaît clairement que les individus n'ayant aucun contact avec les réseaux d'entraide n'ont pas été rejoints, et il n'existe pas d'information permettant de dire s'ils ont des comportements similaires avec ceux observés (toxicomanie secrète avec un rythme de vie quasi normé, période de consommation massive qui maintient le sujet dans un état second permanent).

De même dans l'étude des homosexuels, il est difficile d'affirmer que l'ensemble des sous-groupes a été rejoint par les interviews. Cependant le questionnaire diffusé par voie de presse a montré que les comportements exprimés n'étaient pas différents; cependant il reste que ceux qui ont retourné le questionnaire, comme ceux qui ont répondu à l'interview, étaient sensibilisés au problème du SIDA. Il n'est pas possible non plus de savoir ce que pensent les non-répondants. Cependant ce qu'ont rapporté les interviewés de ce qu'ils ont vu laisse penser que tous les comportements principaux ont pu être observés.

Un raisonnement similaire peut être tenu à l'égard des dragueurs.

Quant aux sex-touristes, l'étude n'est pas assez avancée pour en tirer des conclusions, si ce n'est sur l'existence effective de ces comportements et sur l'acceptabilité d'une enquête.

7.6 Homogénéité de la variable indépendante

Comme le montre le chapitre 5, la campagne STOP-SIDA est en elle-même un ensemble de messages différents, diffusés par une multiplicité de canaux, en quantité variable selon les régions.

De plus une quantité d'actions différentes se développe dans les cantons, pour certains groupes de la population, à des moments différents, avec des formes différentes, mais pratiquement toujours avec un esprit de répercuter sous une forme adaptée les messages contenus dans la campagne STOP-SIDA.

Il devient par conséquent difficile de mettre en évidence le rôle spécifique de chaque intervention. Cependant la succession des événements montre que la campagne médiatique de l'OFSP et de l'ASS a précédé les autres, s'agissant de la population générale, et qu'elle est la cause primaire des changements observés. Cette constatation est renforcée par l'observation dans le groupe homosexuel, qui a été sensibilisé deux ans auparavant par des campagnes spécifiques issues d'autres émetteurs que l'OFSP. Les homosexuels reconnaissent cependant que la campagne STOP-SIDA a permis "d'élargir le débat" à l'ensemble de la population.

7.7 Contrôle des différents biais

L'idée de développer un protocole multi-dimensionnel était liée au fait de contrôler ces différents biais tout en tenant compte de la contrainte de temps imposée par les responsables du programme de prévention; ils ont besoin de savoir rapidement si leurs actions ont un effet ou non (validité de l'étude).

Dans toutes les études s'intéressant aux comportements, aux attitudes et à leurs changements, qui sont des concepts complexes, il s'agit dans chaque cas d'une information rapportée et il est difficile de s'assurer que ce sont des comportements et des attitudes effectivement pratiqués par les sujets interviewés. Il est vraisemblable que ce biais soit plus important dans les études quantitatives où il était impossible de vérifier la cohérence des déclarations. Cependant le fait que dans ces études les interviewés expliquent qu'il y a des circonstances qui font "oublier les bonnes résolutions" laisse croire que la distorsion entre les faits rapportés et ceux vécus n'est pas très grande (validité de contenu de la mesure).

Plusieurs instruments différents, utilisés dans les différentes études, par différents chercheurs, visant différentes populations semblent fournir des éléments de réponses tout à fait comparables entre eux. Il est actuellement difficile d'en avoir une preuve nette (validité de construit de la mesure).

7.8 Conclusions et propositions méthodologiques

L'ensemble des études fournit des réponses dont les tendances vont toutes dans la même direction, ce qui laisse supposer que malgré les problèmes mentionnés plus haut, les résultats obtenus ont une bonne validité et que les observations donnent une image fidèle de la réalité.

Il sera cependant important de renforcer la coordination entre les différentes études afin de s'assurer de manière tout à fait explicite de la comparabilité des concepts de comportements, d'attitudes, de croyances liés au SIDA. Les responsables de la coordination devront s'attacher à les définir le plus précisément possible à partir des données de l'exercice 1987. Il sera tout à fait

essentiel de vérifier que les instruments utilisés permettent de mesurer ces concepts de manière identique.

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.
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. Eggli 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. Eggli 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.