IV. Bilan des actions de communication sur l'infection à VIH/sida

RÉSUMÉ

La communication constitue un axe majeur de la politique de Santé publique dans le domaine de l'infection à VIH. Les axes de la stratégie de communication sont définis par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) en lien avec la Direction générale de la santé-division sida et leur mise en œuvre est assurée depuis 1994 par le CFES. Ces axes généraux sont traduits de façon différenciée selon les publics tant par les thèmes que par les moyens de diffusion utilisés.

La stratégie adoptée en 1994 a mis fin au découplage préservatif/sida adopté jusque-là. Elle s'attache à sortir du discours « tout préservatif » et à mettre en avant la notion de situation à risque. Dans l'axe solidarité, les témoignages ont fait place à une communication sur la vie avec le VIH. Les avancées thérapeutiques récentes ont conduit à introduire les campagnes autour du dépistage et du traitement précoce.

La présentation de la communication publique et de son évaluation ne retient ici que les aspects les plus importants d'une activité très variée tant par les cibles, les moyens et les contenus. Un descriptif de chacune des campagnes est disponible auprès du CFES.

L'impact de ces campagnes est évalué par des méthodes diverses qui tiennent compte des problèmes de faisabilité et de coût, variables selon la nature des actions et les publics cibles.

Les campagnes de communication en direction du grand public ont globalement su engendrer une large adhésion mais toutes n'ont pas suscité une implication personnelle suffisamment forte pour inciter à un changement d'attitudes.

L'adaptation pour les départements d'outre-mer des campagnes grand public de la métropole a très bien fonctionné. La valeur incitative de ces campagnes à un changement d'attitude a souvent été plus forte dans ces départements qu'en France métropolitaine. Toutefois, les attentes demeurent importantes aussi bien sur les thèmes classiques de la prévention que sur les traitements.

Les jeunes restent une cible privilégiée des campagnes de prévention. Les partenariats avec les différentes radios jeunes semblent bien correspondre aux attentes de cette population à condition que les locuteurs soient bien choisis. La participation des jeunes aux différentes initiatives mises en place autour de manifestations sportives et musicales indiquent qu'elles semblent avoir été bien perçues.

La communication en direction des homosexuels a suscité, pendant longtemps, polémiques et interrogations. Aujourd'hui, la population homosexuelle dispose d'un large éventail de moyens de communication. L'homosexualité est présente dans les campagnes grand public qui sont abondamment relayées par les initiatives des médias homosexuels. Malgré le bon niveau d'information des homosexuels sur les questions de sida, des attentes importantes demeuraient en 1998. Elles concernaient en particulier les pratiques à risque et les traitements avec l'idée sous-jacente que l'efficacité thérapeutique pourrait entraîner un certain relâchement dans la protection.

Pour les usagers de drogues, la communication est complémentaire des actions de terrain et des mesures générales concernant l'accès aux seringues et à la prise en charge. Outre l'utilisation de médias spécifiques, les risques représentés par le partage des seringues ont été traités dans le cadre des campagnes grand public. Il n'est pas possible de distinguer, dans l'évolution favorable des comportements, les rôles respectifs des campagnes institutionnelles et des actions de terrain. Des efforts importants restent cependant à faire en ce qui concerne les risques de mise en commun du matériel (hors seringue), l'hépatite C et la prévention du risque sexuel.

L'initiative engagée à titre expérimental, en 1998, en direction des groupes en situation de précarité a montré toute la difficulté de communiquer sur la prévention et le VIH. Les affiches ont été mal perçues et mal comprises, du fait notamment de la difficulté de ces personnes à se projeter dans l'avenir.

Les campagnes de communication diffusées dans les médias à l'intention de l'ensemble de la population ou ciblant plus particulièrement certains groupes ou certaines situations constituent un élément majeur des politiques de prévention, qui conjuguent information et communication, actions de proximité, conseil personnalisé et accessibilité aux moyens préventifs (notamment les préservatifs, gel, seringues, dépistage, etc.).

En 1987 (année de la première campagne), une priorité s'imposait à la communication : faire prendre conscience à une population mal préparée, de la gravité de la maladie et de la réalité de son caractère pandémique, tout en luttant contre sa diffusion par une réhabilitation du préservatif. L'approche favorisée à l'époque consistait à séparer nettement une communication « produit » sur le préservatif et la communication sur la maladie, placée sur un axe de solidarité envers les personnes atteintes.

Le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), puis l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS) ont, dans les grandes lignes, poursuivi cette démarche au fil des années. De 1989 (date de sa création) à 1994 (date de sa dissolution), l'AFLS a ainsi conduit onze campagnes de promotion du préservatif, dans un objectif de banalisation du produit et de valorisation de son utilisateur, dans un contexte systématiquement dissocié de celui de la maladie (« le préservatif préserve de tout, même du ridicule » ou « de tout, sauf de l'amour », etc.). La communication sur la maladie a été, quant à elle, fondée sur le témoignage (témoignages de proches sous forme de spots TV) ; mais, dès 1991, compte tenu du phénomène d'usure du discours sur le sida, l'AFLS a privilégié le choix de médias différents et en particulier de l'affichage.

À partir de 1994, la lutte contre le sida a été confiée à la division sida de la Direction générale de la santé ; le CFES intervient comme opérateur pour les campagnes de communication et assure l'édition et la diffusion des documents. Le plan de communication adopté cette année là, a marqué une rupture par rapport à la stratégie de communication menée par l'AFLS depuis 1987. L'évolution générale de l'image du préservatif, et la diffusion des connaissances sur les modes de transmission et la maladie, ont permis de passer à une communication qui nuance un message jusque-là axé sur le « tout préservatif ». La communication fait désormais place à une échelle des risques en fonction des situations dans les trajectoires affectives et sexuelles des individus. Cet affinement du message, destiné à favoriser l'identification et qui s'attache à contourner les stratégies de sélection des partenaires et l'abandon du préservatif dès que la relation est investie affectivement, a aussi l'intérêt de s'adresser simultanément aux différents groupes de la population (hétérosexuels, homosexuels, usagers de drogues notamment) avec le même concept : ce ne sont pas les groupes qui sont à risque mais les situations. Cette stratégie mettait fin au découplage sida/préservatif qui avait constitué l'assise de la communication mise en œuvre par l'AFLS. Ainsi, en 1994, l'année où la sensibilisation est à son apogée, comme en ont témoigné le succès du premier *Sidaction* et les résultats de l'enquête KABP qui montraient un accroissement de la conscience individuelle du danger, le sida était déclaré « priorité de Santé publique ».

Les campagnes de communication grand public

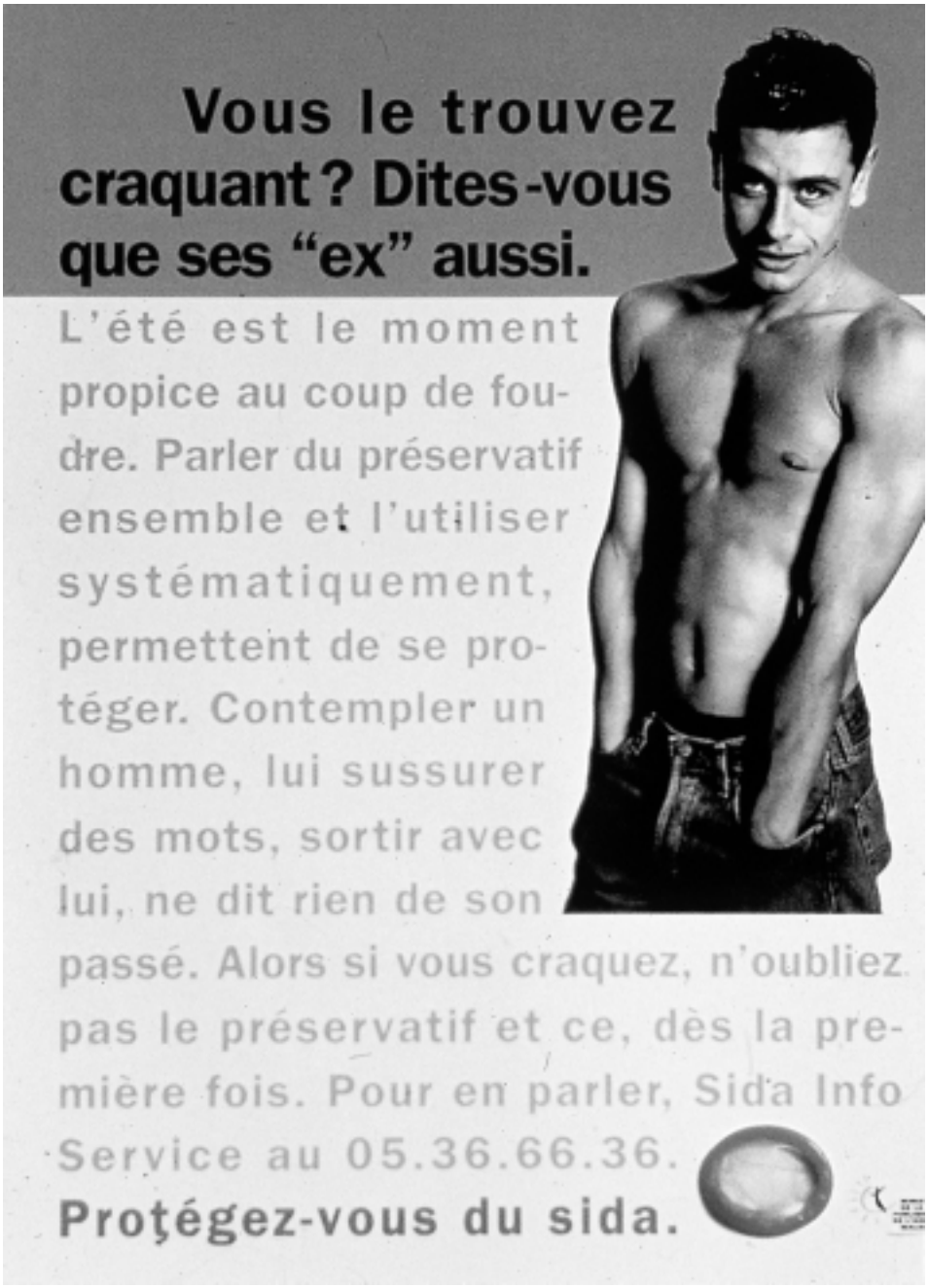
C'est dans ce nouveau contexte qu'a été conçue la campagne de prévention tout public de l'été 1995. Cette campagne avait pour objectif d'informer un large public des situations à risque, des modes de transmission du virus et des moyens de s'en protéger. Huit thèmes étaient développés en treize annonces : le bon usage du préservatif, la dialogue autour de la sexualité (« Voici le moment rêvé pour placer le mot préservatif dans la conversation »), la première fois (filles/garçons, « Si vous vous faites tout un roman de votre première fois, voici les premières lignes »), il suffit d'une fois (homme/femme), le multipartenariat (homo/bi/hétéro, « Vous le trouvez craquant ? Dites-vous que ses "ex" aussi », « Quand vous faites l'amour avec Gilles, pensez à protéger Jérôme »), les différentes pratiques (homo/hétéro), le sexe sans risque et la prévention associée (« Vous utilisez toujours une seringue neuve pour un shoot. Vous voilà donc à moitié protégé »). Les annonces ont été diffusées dans la presse magazine tout public (36 titres) de juillet à septembre 1995.

Dans le prolongement de cette campagne, une nouvelle campagne, également dans la presse, a été lancée au printemps 1996 (de la mi-février à la mi-juin). Celle-ci s'adressait plus particulièrement aux plus de 30 ans qui ont tendance à éluder le risque de contamination pour eux-mêmes. Trois thèmes principaux étaient développés sous forme d'annonces double-page parues dans vingt-cinq titres de presse magazine : le multipartenariat dans le cadre de la rencontre (en déclinaison homosexuelle et hétérosexuelle avec le slogan « La vie est pleine de rencontres. Le sida aussi »), la relation durable qui développe le thème de l'abandon du préservatif et les modalités du test de dépistage (« Doit-on mettre un préservatif toute sa vie ? »), la prévention en direction des usagers de drogues (« Les dommages provoqués par les drogues sont encore plus graves depuis l'apparition du sida »).

Le film phare de la campagne TV de l'été 1996 était le film *Le bal*, diffusé en deux vagues de 2 semaines en juillet et août. Ce film avait pour objectif de sensibiliser à une situation à risque classique : la rencontre de l'été. Il mettait en scène, en une minute, une situation de rencontre : le moment du slow pendant un bal avec comme slogan « Quel souvenir garderez-vous de vos vacances... Le sida ? ». Cette campagne a été complétée par une série de six messages radio qui déclinaient de façon explicite et informative les situations à risque : le multipartenariat, le partage des seringues et, pour les jeunes, la première fois.

Parallèlement à ces campagnes fortement axées sur la prévention, une communication visant à faire connaître l'information utile (lieux d'information de prévention, prise en charge, dépistage, etc.) a été développée, tout au long de la période, et notamment en 1995 et 1996, sous forme d'annonce dans la presse quotidienne régionale, de « plan de ville » et de plans de poche en partenariat avec des municipalités. L'objectif est ici de renvoyer les personnes vers les lieux d'information, de prévention, de dépistage et de prise en charge, les plus proches de chez eux.

L'arrivée, en 1996, des multithérapies, leur effet spectaculaire sur l'état des personnes atteintes, l'infléchissement des courbes de mortalité et d'incidence de la maladie ont transformé l'image sociale du sida.


Vous le trouvez craquant ? Dites-vous que ses “ex” aussi.
L’été est le moment propice au coup de foudre. Parler du préservatif ensemble et l’utiliser systématiquement, permettent de se protéger. Contempler un homme, lui sussurer des mots, sortir avec lui, ne dit rien de son passé. Alors si vous craquez, n’oubliez pas le préservatif et ce, dès la première fois. Pour en parler, Sida Info Service au 05.36.66.36.
Protégez-vous du sida.

Source : CFES

Dans un contexte médiatique potentiellement démobilisateur, car polarisé sur les progrès thérapeutiques, la stratégie de communication s'est orientée vers une sensibilisation au fait que le risque existe toujours. C'est dans cet esprit qu'a été mis à l'antenne, du 19 au 30 juin 1997 sur les six chaînes de télévision, le film *La route* qui, tout en prenant acte de l'espoir pour les personnes atteintes, devait alerter sur la permanence des risques. Mettant en scène un conducteur fatigué au volant de sa voiture, il s'attachait à réintroduire le risque de contamination comme un risque à la fois pour soi et pour les autres. Le risque rencontré sur la route par le conducteur représentait un risque impliquant et responsabilisant car mettant en jeu la vie de deux personnes.

Les avancées thérapeutiques ont par ailleurs motivé la mise en place d'un large dispositif d'information sensibilisant à l'importance d'une prise en charge précoce en cas d'exposition au risque. C'était notamment l'objectif de la campagne des mois de mai et juin 1998. Le film reposait sur la prise de conscience par un homme et une femme de 35 ans environ d'une prise de risque entraînant un sentiment de doute, de malaise et d'interrogation : « Que dois-je faire ? ». Ce malaise trouvait sa résolution dans la mise en avant du bénéfice du dépistage : l'accès rapide aux traitements efficaces. Cette campagne TV a été doublée d'une campagne de presse visant à approfondir le message délivré par le film. L'annonce reprenait le message central du film et le texte renvoyait aux ressources utiles comme *Sida Info Service*. Elle a été diffusée dans tous les titres de la presse TV en mai 1998.

En 1998, deux ans après l'introduction des traitements antirétroviraux, une baisse de la perception du risque du sida a été observée à travers l'enquête KABP de 1998 *(voir partie II)*, ceci dans un contexte de stabilité des nouveaux diagnostics de séropositivité et d'une augmentation probable du nombre de personnes porteuses du virus compte tenu de la baisse de la mortalité. Ces éléments plaidaient en faveur de la poursuite de la communication sur la prévention même si celle-ci semble désormais souffrir d'un phénomène d'usure (enquête KABP 1998)[1]. La campagne d'affichage de l'été 1998 visait, néanmoins, sur le registre de l'humour, à saper les alibis de la non utilisation du préservatif : la taille du préservatif (affiche « Éléphant »), sa fiabilité et sa résistance (affiche « 650 % »), son efficacité préventive comme contraceptif vis-à-vis des MST et du VIH (affiche « Préservatif qui rougit »), le plaisir (affiche « Kamasutra »). La campagne a eu lieu deux semaines au mois de juillet 1998. Elle a précédé de quelques mois une nouvelle campagne de prévention à la télévision. Lancée en 1999, elle a eu pour objectif de faire réfléchir les individus sur les difficultés d'ordre psychologique, affectif et relationnel qui peuvent faire obstacle à l'utilisation du préservatif. À travers trois films, il s'agit de reconnaître que l'usage du préservatif ne va pas de soi tout en rappelant « Il y a toujours des milliers de nouvelles contaminations chaque année en France ».

Le deuxième aspect important de la communication des années 1995-1998 a été la campagne « Vivre avec ». La persistance d'opinions en faveur de mesures de contrôle des personnes atteintes ayant été relevée par l'enquête KABP de 1994, une campagne TV et cinéma a été lancée dès février 1995. Reprise en mars et juin, elle était constituée de trois films de 35 secondes qui avaient comme

[1] Les résultats de l'enquête KABP 1998 montrent une baisse de l'intérêt à l'égard des campagnes d'information sur le sida et sur les préservatifs, puisque 73 % des personnes interrogées se sont senties peu ou pas concernées en 1998 contre 63 % en 1994.

objectifs de mieux faire comprendre la vie des personnes atteintes, de renforcer le climat de solidarité à leur égard et de valoriser le rôle de l'entourage. Le parti pris était donc de faire évoluer la représentation du sida d'une équation sida = mort, à la notion qu'une vie avec le VIH est possible. Les thèmes abordés par les films étaient l'annonce de la séropositivité et le rôle de l'entourage familial *(Les deux frères)*, la relation de couple (prévention et vie affective, *Le couple*), l'acceptation en milieu professionnel *(L'entreprise)*. Le film *Le couple* a été diffusé au cinéma en mai et juin pour renforcer l'impact auprès des jeunes. Le thème de cette campagne a été repris à l'occasion du 1er décembre en 6 films courts de 1 minute 30 illustrant chacun un aspect de la maladie.

La campagne sur la vie avec le VIH de l'été 1997 a été marquée par le souci d'intégrer le nouveau contexte de la maladie. Les objectifs étaient de conforter, d'une part, les attitudes de solidarité à l'égard des personnes touchées dans le contexte des nouveaux traitements et, d'autre part, les comportements de prévention à travers la proximité et l'identification aux personnes touchées. Les films mettaient en scène une personne atteinte avec ses parents *(La famille)*, un couple sérodiscordant *(Le couple)*, une personne atteinte au travail *(L'entreprise)*. Chaque film se concluait par la même signature exprimant le message de la campagne : « Sida, la science progresse, et la solidarité ? »



Source : CFES

Les indicateurs d'évaluation de la communication et leurs limites

L'évaluation de l'effet immédiat d'une campagne médiatique sur le grand public est effectuée par la technique du post-test qui constitue, dans la plupart des cas, l'unique évaluation d'un programme de communication. Le post-test est un outil d'évaluation de stratégie publicitaire qui permet, grâce à des enquêtes par sondage menées après la période de diffusion, de connaître la mémorisation, la compréhension, l'agrément et la force d'implication d'une création visuelle ou sonore (spot TV ou radio, affiche, annonce presse, dépliant, etc.), d'un slogan ou d'un message. Le post-test doit permettre à la fois de s'assurer de la performance du plan média et d'analyser l'efficacité publicitaire de la campagne. La performance du plan média est estimée en fonction des résultats d'audience recueillis auprès de la cible visée par chacun des écrans publicitaires dans lesquels ont été diffusés les messages de la campagne. Ces résultats sont exprimés en GRP *(Gross Rating Point)*[2]. L'impact de la campagne doit également être analysé au regard du budget investi, du contexte (période de diffusion, première vague de campagne ou seconde vague, etc.) et du moment auquel a été réalisé le post-test (quelques jours ou quelques semaines après la diffusion). L'analyse de l'efficacité de la campagne tend à vérifier si les messages ont été vus, compris, s'ils ont recueilli l'adhésion du public visé et ont suscité une implication, voire s'ils ont été incitatifs à un changement d'opinion et/ou d'attitude. On attirera cependant l'attention ici sur les limites de ces indicateurs et sur les difficultés que pose parfois leur interprétation. Les indicateurs utilisés sont les mêmes pour tous les post-tests, alors que la signification de ces indicateurs varie selon l'objectif de la campagne (informer, inciter à réfléchir, promouvoir le préservatif, etc.) ; selon le fait qu'il s'agit d'un thème nouveau ou du rappel d'une communication antérieure ; selon sa complémentarité avec d'autres modes d'information ou de communication ; selon le média utilisé et l'intensité de la campagne (durée, couverture, etc.). De plus, on ne dispose pas d'indicateurs de référence qui permettraient de situer les valeurs observées dans les campagnes VIH par rapport à d'autres dans le domaine de la santé. Enfin, il faut rappeler que la communication institutionnelle se conjugue à de nombreuses autres sources et formes d'intervention et de communication pour contribuer à l'évolution des attitudes et des opinions, qui ne peut être appréciée que par le croisement de nombreuses données, comme celles présentées dans les chapitres précédents.

L'analyse des résultats des post-tests des campagnes de la période 1995-1998 a cependant permis de dégager quelques grandes tendances.

Des scores de reconnaissance difficiles à anticiper

Les scores de reconnaissance des campagnes « Prévention » ont varié de 36 % à 56 % selon les années *(tableau IV.1)*. Si les scores de reconnaissance semblent bien liés au nombre de GRP (voir, par exemple, campagnes presse de 1995 et 1998 et campagne TV de 1998), ce lien n'est pas systématiquement observé : ainsi, malgré une durée de campagne, un investissement budgétaire et une pression publicitaire sensiblement équivalents, la campagne presse de

[2] Des précisions sur les GRP et les indicateurs utilisés dans les post-tests sont disponibles dans *la fiche méthodologique n° 33* située en fin d'ouvrage.

Tableau IV.1

Impact et implication suscités par les campagnes de communication grand public (1995 à 1998)

	Presse 1995	**Presse 1996**	**Presse 1998 (4 affiches)**	**TV 1996 *(Le bal)***	**TV 1997 *(La route)***	**TV 1998 (2 films)**	**TV 1995 (3 films)**	**TV 1997 (3 films)**
Thème	Prévention	Prévention	Prévention	Prévention	Mobilisation	Dépistage	Vivre avec	Vivre avec
Impact								
Durée	3 mois	4 mois	2 semaines	2 fois 15 j	2 semaines	2 semaines	Sur 3 mois	15 j chacun
Budget	7,6 MF	7,8 MF	5 MF	5 MF	5 MF	5 MF	11,4 MF	8 MF
Gross Rating Point	502	514	1760	345	324	493	348/378/330	285/299/247
Reconnaissance*	56	38	54	37	36	57	52/44/23	52/48/40
Agrément* (Plaît beaucoup + assez)	74	73	54 à 83	86	71	84	76	76/83/79
Image de la campagne								
Bien compréhensible	84	84	81	90	70	94	87	88
Convaincante	73	73	76	77	68	83	69	75
Ne change pas mon comportement	-	68	69	62	66	61	-	-
Me touche personnellement	42	43	44	49	45	49	42	60
Choquante	18	10	17	9	11	8	-	9
Résonance de la campagne* (s'est senti concerné)								
Pour son entourage	53	56	51	51	41	32	58	46
Pour sa famille	51	56	36	47	40	39	54	39
Pour soi	37	39	33	35	34	48	36	35
Impact perçu de la campagne* (incite à)								
Être fidèle	33	46	-	37	36	48	-	-
Utiliser des préservatifs	32	28	-	23	22	47	-	-
Sélection partenaires	26	24	-	19	20	39	-	-
Moins de partenaires	18	16	-	14	-	29	-	-
Faire un test	20	18	-	7	12	28	-	-
Plus à l'écoute des VIH^+	-	-	-	-	36	-	-	52
Plus proche des VIH^+ et des malades	-	-	-	-	32	-	47	47

* %.

1996 a été moins remarquée que celle de 1995 (score de reconnaissance de 38 % *versus* 56 %). Cette différence pourrait en partie s'expliquer par le fait que cette campagne reprenait certains des thèmes de la campagne précédente, qui, déjà connus, ont moins marqué les esprits.

Les deux films « Prévention » de la période étudiée ont fait l'objet d'un investissement publicitaire similaire (345 GRP pour *Le bal*, 324 GRP pour *La route*). Leur score de reconnaissance est le même (36 %) malgré une durée de campagne légèrement supérieure pour *Le bal* (2 fois deux semaines contre deux semaines). Le nombre de GRP est sans doute insuffisant pour expliquer pourquoi ces deux films ont été assez peu vus car, à nombre de GRP inférieurs ou équivalent, les films sur le thème « Vivre avec » ont obtenu des scores de reconnaissance globalement supérieurs. Pour le film *Le bal* en 1996, une partie de l'explication est à chercher dans son contenu peut-être trop consensuel pour pouvoir réellement retenir l'attention. De plus, ce film, qui a immédiatement fait suite à la longue campagne presse (4 mois de février à juillet 1996) a peut-être été victime d'une certaine usure du discours. Quant au film *La route*, son impact relatif sur la population ne semble pouvoir s'expliquer que par un contexte médiatique peu mobilisateur en 1997 car essentiellement centré sur les progrès thérapeutiques : 48 % des personnes qui l'ont vu étaient d'accord pour dire « qu'il ne se remarquait pas assez ».

À l'inverse, les films de la campagne « Vivre avec » ont marqué fortement les esprits, aussi bien lors de la première campagne en 1995 que lors de la seconde en 1997. Il est difficile d'expliquer pourquoi ces films ont autant attiré l'attention, notamment lors de la deuxième vague en 1997 qui a fait l'objet d'un investissement GRP inférieur à 300 et d'un post-test tardif (en octobre alors que la campagne a été diffusée pendant l'été). Il faut sans doute y voir l'effet de la qualité reconnue aux films et de l'adhésion à un nouveau concept. Le film sur le contexte professionnel diffusé en 1995 *(L'entreprise)* a été cependant moins bien reconnu que les autres alors que le thème a été désigné prioritaire par le public ; cette différence tient peut-être à ce que ce film abordait une situation à laquelle il était, pour l'opinion, moins facile de s'identifier.

Des agréments élevés et des campagnes positivement perçues

Les campagnes de communication de la période 1995-1998, quel que soit le thème abordé, ont toutes obtenu des scores d'agrément élevés *(tableau IV.1)*. Dans leur ensemble, elles ont plu (beaucoup ou assez) à au moins 70 % des personnes interrogées. Les quelques exceptions ont concerné des affiches qui ont parfois été trouvées choquantes : cela a été notamment le cas de l'affiche « 650 % » de la campagne d'été 1998 sur la fiabilité et la résistance du préservatif qui a obtenu un agrément de 54 %. Mais cette affiche, qui a parfois été jugée d'un humour douteux par une partie de la population interrogée, est aussi celle qui a obtenu le score de reconnaissance individuelle le plus élevé (33 % *versus* 26 %, 14 % et 22 % pour les trois autres).

L'agrément peut être mis en relation avec les qualités reconnues aux différentes campagnes : « utiles », « compréhensibles » et « convaincantes » sont des items qui enregistrent des scores élevés (70 % et plus). On notera cependant une exception avec le film *La route*. Celui-ci s'efforçait de faire une analogie entre une situation de la vie courante, la conduite automobile, et un risque pour tous, le VIH, analogie qui ne semble pas avoir été bien comprise. À l'inverse, le film

Le bal et les films de la campagne « Vivre avec » ont été plébiscités pour leur clarté (respectivement 90 % et 88 %).

Des processus d'implication complexes et difficiles à isoler

En terme d'implication, les campagnes réussissent à provoquer une implication personnelle ; l'item « me touche personnellement » se situant toujours aux alentours de 45 % (il a atteint 60 % pour la campagne « Vivre avec » de 1997, *tableau IV.1)*. Cependant, il est intéressant de remarquer que, exception faite de la campagne sur le dépistage, les personnes interrogées se sont senties concernées plus pour leur entourage ou leur famille que pour elles-mêmes.

Cet item de résonance est particulièrement important car il aide à mettre en lumière la complexité des processus individuels et identificatoires qui contribuent à l'évolution des attitudes. Ainsi, bien qu'une forte majorité de répondants, généralement supérieure à 70 %, soit d'accord pour dire que les campagnes sont convaincantes, une proportion presque similaire (entre 60 % et 70 %) déclarent également que les campagnes ne changeront rien à leur propre comportement. Cela peut s'expliquer par le fait que les répondants considèrent que leur comportement ne les expose pas au risque (ils ne sont pas personnellement concernés) et qu'ils n'ont donc pas à changer leur conduite. Seules des analyses plus fines des données des enquêtes post-tests permettent de comprendre cet apparent paradoxe et de montrer que si la perception du risque n'implique pas forcément la perception d'un risque pour soi, la gestion du risque dépend bien des modalités de perception du risque pour soi. Cela peut être illustré avec les résultats de la campagne presse de 1995. Celle-ci a été jugée compréhensible (84 %) et convaincante (73 %) par l'ensemble de l'échantillon des 15-49 ans interrogés ; elle a suscité une implication pour son entourage (53 %), sa famille (51 %) plutôt que pour soi (37 %). À l'issue de cette campagne, un pourcentage relativement faible (32 %) des personnes interrogées a déclaré avoir été incité à utiliser des préservatifs ; une même proportion à être fidèle. Chez les 15-25 ans, la reconnaissance était de 75 % (*versus* 56 % pour l'ensemble de l'échantillon)[3]. Ces derniers se sont d'abord sentis concernés pour eux-mêmes (70 %) à la différence des plus âgés qui se sont sentis essentiellement concernés pour les autres. Ainsi, chez les jeunes, il semblerait que la campagne ait effectivement contribué à renforcer les attitudes préventives puisque 64 % des 15-25 ans se sont déclarés incités à utiliser des préservatifs, 75 % parmi ceux ayant fait une nouvelle rencontre dans l'année.

L'interprétation des indicateurs est un peu plus aisée lorsque la campagne a su provoquer une implication personnelle comme ce fut le cas pour la campagne sur le dépistage précoce en 1998. Au moment du post-test, 48 % des personnes interrogées ont déclaré s'être senties concernées pour elles-mêmes. C'est pourquoi, sans doute, les scores d'incitation à un changement de comportement sont plus élevés : 47 % ont déclaré avoir été incités à utiliser un préservatif, 48 % à être fidèles et 28 % à faire un test. Cette campagne apporte également une autre information importante : la communication sur le dépistage semble avoir

[3] Le groupe des 15-25 ans avait été soumis à une pression publicitaire plus forte (GRP de 650 *versus* 502 pour l'ensemble de l'échantillon), mais cet élément, à lui seul, ne suffit pas à expliquer une telle différence dans le score de reconnaissance.

aujourd'hui un pouvoir d'implication personnelle plus fort que la communication sur les situations à risque ou le préservatif.

Pour les campagnes sur le thème « Vivre avec le VIH », le niveau d'analyse est un peu différent. Il est sans doute moins nécessaire de se sentir personnellement concerné pour se sentir solidaire. À l'issue de la campagne de 1997, 82 % des personnes interrogées ont déclaré qu'elle aidait à mieux comprendre la situation des personnes séropositives ou malades du sida (78 % en 1995), remplissant ainsi les objectifs fixés. Cependant, en 1995 comme en 1997, le sentiment personnel de proximité « se sentir plus proche d'une personne séropositive ou malade du sida » n'a pas évolué, ne concernant encore qu'une personne sur deux. Ce dernier indicateur marque bien toute la distance entre le consensus social de solidarité avec les personnes infectées et les attitudes personnelles, comme l'ont encore montré les résultats de l'enquête KABP de 1998 *(voir partie II)*.

Ces données qui ne font qu'illustrer les principaux aspects de la communication publique dans le domaine de l'infection à VIH montrent non seulement toute la difficulté à créer des campagnes de communication impliquantes – ce n'est pas un hasard si leur fabrication implique un large éventail de décideurs, d'épidémiologistes, de chercheurs en sciences sociales et d'acteurs de terrain – mais aussi les difficultés que posent les outils disponibles pour en mesurer l'impact. Le CFES réfléchit actuellement aux améliorations possibles[4] qui pourraient compléter une analyse plus fine des informations apportées par les actuels post-tests, notamment par des études qualitatives complémentaires.

Les campagnes de communication dans les départements d'outre-mer (DOM)

Plusieurs campagnes ont été réalisées dans les DOM depuis 1994. Les objectifs et les moyens de la communication à destination des DOM s'inscrivent dans la stratégie globale de communication sur l'infection à VIH au niveau national. Cependant, elles s'efforcent de prendre en compte les particularités locales en s'adaptant aux perceptions culturelles, à la diversité ethnique et éventuellement aux différences langagières, mais aussi au contexte épidémiologique particulier de ces départements.

Les pré-tests avaient permis d'identifier la place du discours sida dans cette région. Ce contexte était apparu marqué par des difficultés sociales et politiques inhérentes aux DOM : chômage, drogue, alcoolisme, suicide des jeunes, inceste, et de fortes aspirations d'évasion et de réussite sociale. À côté de ces difficultés jugées prioritaires par les habitants, le sida était avant tout ressenti comme un tabou et un fléau, une exclusion et vécu dans la souffrance et le silence. Dans ce contexte, les premières campagnes avaient comme principal objectif de contribuer à rompre le silence autour du VIH, avant même la sensibilisation et le développement des attitudes de solidarité.

Au niveau épidémiologique, les départements d'outre-mer apparaissent tout par-

[4] On pourra lire à ce sujet « L'évaluation des programmes nationaux de communication. Propositions méthodologiques ». Dossiers techniques, Éditions CFES, Paris, juillet 1999, 29 pages.

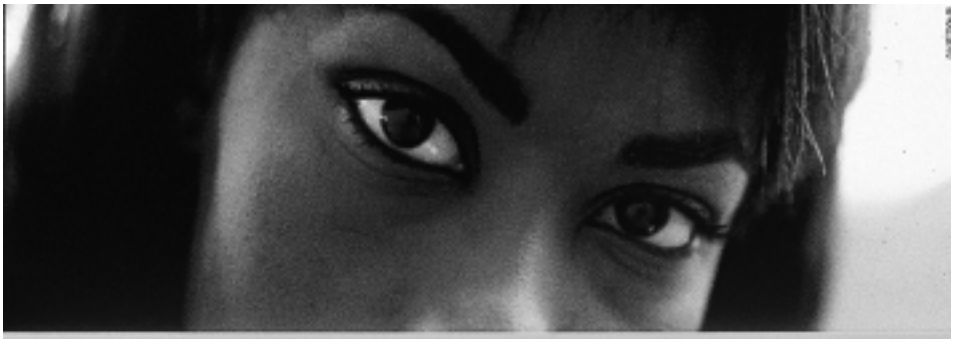
ticulièrement touchés par l'épidémie. Avec 287 cas de sida déclarés par million d'habitants entre juillet 1997 et juin 1998, la Guyane est le territoire le plus durement touché, devant la Guadeloupe (112 cas) et la Martinique (54 cas). Ces données épidémiologiques sont à mettre en relation avec les résultats de l'enquête ACSAG réalisée en 1993 qui avaient montré un multipartenariat fréquent souvent associé à une relation stable, plus de recours à la prostitution qu'en métropole, dans un contexte d'utilisation largement insuffisante des préservatifs compte tenu des pratiques rapportées. L'enquête avait également éclairé des attitudes marquées par un moindre niveau de tolérance vis-à-vis des personnes séropositives *(voir partie II)*.

Les priorités stratégiques de la communication ont donc été, d'une part, la mobilisation et la responsabilisation vis-à-vis de la prévention en renforçant l'information sur les risques liés à certains comportements et à certaines pratiques (multipartenariat, stratégies de prévention illusoires comme la sélection du partenaire ou le recours irrationnel au test de dépistage) et, d'autre part, l'encouragement au rapprochement des personnes atteintes afin de faciliter leur acceptation par la société et la reconnaissance de la maladie pour favoriser un climat de solidarité.

En mai 1995 a été lancée dans les quatre DOM la campagne de presse qui avait été réalisée en métropole en janvier de la même année. Cette campagne presse reprenait les thèmes du bon usage du préservatif (mode d'emploi, « Face au sida, apprenez à vous protéger »), les situations sexuelles à risque (« Voici la seule protection efficace contre le sida »), le multipartenariat (« Si on a plusieurs partenaires, pour ne pas multiplier les risques, il y a le préservatif »), auxquels avait été ajouté un volet sur la transmission materno-fœtale (« Quand une femme se protège du sida, elle protège aussi ses futurs enfants »). Ces annonces ont été diffusées en deux vagues (mai/juin et octobre/novembre) dans la presse quotidienne régionale (5 titres) et la presse hebdomadaire locale (6 titres). Elles ont été complétées en 1996 (en février et juin) et 1997 (en novembre) par une campagne radio qui visait à renforcer l'information sur les situations à risque et les moyens de protection. Les 7 messages de 30 secondes abordaient avant tout le thème de l'utilisation du préservatif pour les multipartenaires : « Le préservatif est la meilleure protection contre le virus du sida et les MST. Protégez-vous du sida. Protégez les autres ». Les autres thèmes abordaient la prise de risque sous l'effet de l'alcool, la transmission materno-fœtale (« Avant toute grossesse, pensez au test. Dans les centres de dépistage et dans les dispensaires, c'est gratuit et anonyme. Parlez-en à votre médecin, il saura vous conseiller »), et la bisexualité (« Quel que soit votre partenaire, le préservatif est la meilleure protection contre le virus du sida et les MST. Protégez-vous du sida. Protégez les autres »).

Enfin, en 1998, de la même manière qu'en métropole, les DOM ont fait l'objet d'une campagne TV de sensibilisation sur le dépistage précoce diffusée du 2 au 15 juin dans une version spécifique (la personne concernée était une femme et non un homme). Cette campagne a été doublée pendant une semaine d'annonces diffusées dans la presse TV.

La campagne TV sur la vie avec le VIH a été diffusée dans les DOM au cours des années 1996 et 1997, en trois vagues (octobre/novembre 1996, février 1997 et novembre 1997). Comme pour la métropole, l'objectif était double : montrer que la vie est possible pour les personnes atteintes et favoriser des attitudes de tolérance, de solidarité et de soutien.



A quoi ça sert de se faire dépister au plus vite ? A bénéficier plus vite de traitements efficaces.

PLUS D'UN TIERS DES PERSONNES CONTAMINÉES PAR LE VIRUS DU SIDA NE DÉCOUVRENT LEUR SÉROPOSITIVITÉ QU'À UN STADE DÉJÀ AVANCÉ DE L'INFECTION.

Or, aujourd'hui, il existe des traitements efficaces :

ils permettent de ralentir considérablement l'évolution de l'infection, et peuvent être prescrits tôt après une contamination. Les techniques de dépistage permettent de savoir dès le 15ème jour si on a été contaminé par le VIH (mais 3 mois sont toujours nécessaires après la dernière prise de risque pour être sûr que l'on n'est pas contaminé).

C'est pourquoi il est recommandé de consulter un médecin dans les jours qui suivent une prise de risque,

c'est-à-dire quand on a eu un rapport sexuel non protégé avec une personne dont on ne connaît pas le statut sérologique ou quand on a partagé une seringue lors d'un usage de drogue. Il est également important de consulter quand on a des doutes et qu'on veut faire le point.

Pour savoir où vous adresser près de chez vous, pour connaître l'adresse de la Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit la plus proche : Sida Info Réunion, 75 0123, (Minitel 3611, taper sida et le nom ou n° du département.
Pour en savoir plus, une brochure est à votre disposition chez les médecins et dans les pharmacies, ou au CFES, 3615 CFES (1,15 F/mn).

Le dépistage est une démarche libre et volontaire.

Il n'est jamais trop tard pour bénéficier d'une prise en charge médicale.

La précocité des traitements favorise leur efficacité.

Le sida ne se guérit pas. La meilleure solution c'est de se protéger et de protéger les autres.

SIDA INFO RÉUNION 75 0123
écoute anonyme et gratuite

Sida.
Aujourd'hui, on peut faire beaucoup.
Mais rien sans vous.

CETTE CAMPAGNE DE PRÉVENTION ET D'INFORMATION EST RÉALISÉE À L'INITIATIVE DU ► MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ - SECRÉTARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ.

Source : CFES

La campagne a reposé sur l'adaptation des deux films utilisés en métropole en 1995 sur les thèmes de l'annonce de la séropositivité et l'infection à VIH au sein du couple. Les deux films ont été réalisés par un réalisateur d'origine réunionnaise et tournés à la Réunion. Le film *Les deux frères* est devenu *Les deux sœurs* et *Le couple*, *La montagne*.

Le thème de la vie avec le VIH a fait l'objet d'une nouvelle campagne au début de l'année 1998 avec deux films de 45 secondes dont l'un avait été produit par une réalisatrice martiniquaise. Cette campagne visait à montrer la nécessité de soutenir les personnes atteintes dans leur vie quotidienne et dans l'observance des nouveaux traitements. Ainsi, le film *Le frère* abordait les difficultés d'acceptation de la maladie d'un proche par son entourage face à la pression « du qu'en-dira-t-on », particulièrement fort dans le contexte insulaire. *La nouvelle vie* traitait du rôle que pouvaient jouer la famille et l'entourage immédiat dans l'observance des traitements (soutien moral et enjeux de santé liés à la non observance). Ces deux films ont été repris au début de l'année 1999 dans les quatre départements et seront à nouveau diffusés en fin d'année (novembre, décembre).

Les campagnes de communication des DOM sont évaluées de la même manière que celles de la métropole (technique des post-tests). Cependant, les données des post-tests réalisées après les premières campagnes étant d'une qualité insuffisante, nous nous attacherons surtout aux résultats de la période 1997-1999. L'analyse ne fait pas mention des GRP qui sont mal mesurés par les instituts spécialisés dans les départements d'outre-mer.

Des scores de reconnaissance particulièrement élevés et supérieurs à ceux de la métropole

Quels que soient le thème et le canal utilisé (TV, presse, radio), les campagnes sont massivement vues et reconnues par les habitants des DOM *(tableau IV.2)*. L'explication la plus probable se trouve dans la forte demande d'information régulièrement soulignée dans les post-tests. Dans le dernier post-test, réalisé au début de l'année 1999 suite à la diffusion de la campagne « Vivre avec », 60 % des habitants de la Guadeloupe et 49 % de ceux de la Guyane estimaient encore que l'on ne parlait pas assez du sida. Ces chiffres, même s'ils enregistrent un léger recul par rapport à ceux de l'année précédente (66 % et 56 %), restent encore très supérieurs à ceux enregistrés dans la population générale métropolitaine.

Un niveau d'agrément élevé

Au-delà de la comparaison avec la métropole, il est intéressant de souligner que les scores d'agrément élevés (régulièrement supérieurs à 80 %, *tableau IV.2*) enregistrés dans les DOM montrent la qualité de l'adaptation des campagnes de la métropole au contexte de l'outre-mer. Cette adaptation est nécessaire si l'on veut engendrer des processus d'identification efficaces. Cette nécessité apparaît à nouveau lors du post-test de la campagne sur le dépistage de 1998. Des deux spots, le premier, qui mettait en scène une femme antillaise, a été davantage identifié que le second montrant un homme métropolitain.

Tableau IV.2

Impact et implication suscités par les campagnes de communication à destination des DOM (1996 à 1999)

	Radio/TV 1996						TV 1999		TV 1998	
Thème	Antilles		Vivre avec (2 films) Guyane		Réunion		Vivre avec (2 films) Guyane	Vivre avec (2 films) Guadeloupe	Dépistage Guadeloupe	Dépistage Guyane
Reconnaissance*	68 (radio) 86 (TV)		49 (radio) 77 (TV)		39 (radio) 81 (TV)		82	93	80	80
Agrément* (Plaît beaucoup + assez)	78/79		78/61		83/82		84/67	86/75	90	83
Image de la campagne*	*Radio*	*TV*	*Radio*	*TV*	*Radio*	*TV*				
Bien compréhensible	94	93	92	91	92	92	89	88	88	91
Convaincante	82	81	83	78	87	81	76	85	81	75
Ne change pas mon comportement	48	47	56	61	34	45	57	50	47	52
Me touche personnellement	77	77	69	71	67	70	65	79	66	61
Choquante	38	37	31	28	25	20	28	29	-	-
Résonance de la campagne* (s'est senti concerné)										
Pour son entourage	-		-		-		74	84	78	81
Pour sa famille	-		-		-		65	75	68	71
Pour soi	-		-		-		57	70	52	54
Impact perçu de la campagne* (incite à)			(TV + radio)						(TV + Presse)	
Être fidèle	71		76		80		81	82	74	75
Utiliser des préservatifs	59		62		52		81	77	73	81
Sélection partenaires	67		70		49		76	90	80	83
Moins de partenaires	64		60		45		71	77	69	71
Faire un test	50		57		30		-	-	77	80
Mieux comprendre la situation des séropositifs	89		85		89		87	94	-	-

* %.

Des campagnes impliquantes qui engendrent des attitudes préventives

Non seulement les campagnes arrivent à provoquer une implication personnelle forte (voir score de l'item « me touche personnellement », *tableau IV.2*), mais, contrairement à la métropole, les personnes qui ont vu les campagnes se sentent fortement concernées avant tout pour elles-mêmes, ce qui se prolonge par des attitudes favorables à un changement de comportement (incitation personnelle à changer). Ainsi, par exemple, à l'issue de la campagne TV de 1998 sur le dépistage, plusieurs items recueillaient une forte adhésion :

– 73 % des personnes interrogées en Guadeloupe et 81 % en Guyane ont déclaré que cette campagne les incitait personnellement à utiliser les préservatifs. Cet item enregistre cependant un léger recul par rapport à 1997 (campagne radio) où il était respectivement de 88 % aux Antilles et 90 % en Guyane.

– 69 % en Guadeloupe et 71 % en Guyane ont déclaré être incités à avoir moins de partenaires et plus de 80 % à prendre des précautions dans le choix de leurs partenaires, notion qui pose cependant quelques problèmes quant à sa signification.

– L'incitation à la fidélité reste également élevée : 74 % en Guadeloupe, 75 % en Guyane ; elle était respectivement de 74 % et 76 % en 1997.

– Enfin, suite à la campagne sur le dépistage, 87 % des répondants guadeloupéens et 89 % des Guyanais ont déclaré que cette campagne les inciterait à aller voir un médecin après une situation à risque ; respectivement 77 % et 80 % à faire un test de dépistage. Néanmoins, comme en métropole, des incompréhensions demeuraient concernant les délais à respecter entre exposition au risque et dépistage.

Les campagnes « Vivre avec le VIH » ont également eu un pouvoir d'implication très fort, non seulement en terme de solidarité envers les personnes séropositives (qui est le premier objectif de cette campagne), mais aussi quant aux stratégies préventives déclarées.

En février 1999, environ 90 % des répondants ont déclaré que cette campagne aidait à mieux comprendre la situation des personnes atteintes et les incitaient à réfléchir sur leur propre comportement vis-à-vis d'elles. Plus de 80 % se sont déclarés plus conscients de l'importance du suivi des traitements et des difficultés quotidiennes des personnes infectées. La campagne a aussi été appréciée pour sa capacité à améliorer les connaissances sur les traitements (61 % en Guadeloupe, 47 % en Guyane).

En terme d'incitation à un changement d'attitudes, la fidélité a connu son meilleur score lors de cette campagne (autour de 80 %). L'incitation à utiliser des préservatifs était supérieure à 75 % en Guadeloupe et en Guyane. Il est également intéressant de constater que, même si les habitants des DOM se montrent particulièrement optimistes sur le traitement de l'infection à VIH (ils sont environ 60 % à penser que « aujourd'hui, on peut soigner le sida »), plus de 90 % d'entre eux sont en désaccord avec l'idée qu'il est moins nécessaire de se protéger désormais en raison de l'existence de ces traitements.

Ainsi, dans les DOM, les premières campagnes de prévention ont contribué à rompre le silence autour du VIH. Elles ont été par la suite axées sur l'utilisation du préservatif par les multipartenaires (beaucoup plus nombreux dans cette région qu'en métropole), l'incitation au dépistage et la solidarité. Cependant, de

nombreuses attentes demeurent. La volonté d'être plus informé sur la prévention du sida a été à nouveau constatée lors du dernier post-test (février 1999). Les personnes se déclarant bien informées sur la prévention étaient moins nombreuses que lors des précédents post-tests : 75 % en Guadeloupe, 80 % en Guyane (contre 91 % en 1996). Le même besoin d'information concerne les progrès en matière de traitement. Enfin, 60 % des Guadeloupéens interrogés pensaient qu'on ne parlait pas suffisamment du sida dans leur île contre 49 % des Guyanais. Ces demandes sont d'autant plus importantes que la situation épidémiologique reste préoccupante : la proportion de tests positifs rapportés dans les CDAG des Antilles et de la Guyane était en 1997 encore très supérieure à la moyenne métropolitaine.

Les campagnes auprès des jeunes

Les jeunes restent une cible privilégiée de la prévention de l'infection à VIH. Celle-ci repose principalement sur les actions menées en milieu scolaire et qui ne sont pas traitées dans cet ouvrage. De plus, la communication grand public décrite précédemment s'adresse aussi aux jeunes. À cela s'ajoute des campagnes spécifiques menées par le CFES et reconduites d'année en année qui ne sont donc qu'un complément à ces activités. À la différence des campagnes évoquées précédemment, l'impact est apprécié de façon plus grossière par la participation des jeunes aux activités proposées et non par les méthodes post-tests classiques inadaptées ici.

Les campagnes spécifiques en direction des jeunes ont privilégié deux portes d'entrée : la musique et le sport.

Chaque été, de 1995 à 1998, une opération intitulée « Plus de bruit contre le sida/Cités Rock » a été mise en place en coordination avec les DDASS. L'idée était de créer dans les quartiers choisis (« prioritaires »), des ateliers radio pour les jeunes qui sont chargés de la réalisation des reportages et interviews. Ceux-ci sont diffusés sur une radio temporaire de quartiers, l'antenne s'articulant autour de débats thématiques animés par les jeunes. En 1996 et 1997, les messages enregistrés par les jeunes dans le cadre de ces ateliers ont été repris et diffusés au niveau national sur Fun Radio. De plus, le jour de « Cité Rock » (concert organisé par le Réseau Printemps) un stand « Plus de bruit contre le sida » est mis en place et animé par les acteurs locaux de prévention.

En 1997, l'opération « Flyers Techno » a cherché à intégrer le discours de prévention dans l'univers techno fédérateur pour certains jeunes. Quatre thèmes étaient abordés : le bon usage du préservatif, les modes de transmission, les sexualités, la gestion du risque et la perte de vigilance dans un contexte de fête. Les prospectus (750 000) ont été distribués auprès de 500 établissements sélectionnés à partir d'un annuaire des contacts professionnels du mouvement techno *(House Nation Book)*, par l'intermédiaire du syndicat national des établissements gay, et des associations de prévention en milieu techno. Cette initiative a été reprise en 1998 lors d'une opération appelée « Teknocolor » qui a été mise en place dans les principaux événements techno de l'été. Cette opération combinait une série d'affiches et un CD mixant des messages de prévention et de la

musique techno. Les messages ont été repris dans la presse jeune musicale, lors d'émissions de musique télévisées et dans différentes radios.

Les bilans réalisés à l'issue de ces manifestations ont établi qu'elles étaient bien perçues par les jeunes. En 1998, le nombre de spectateurs d'un concert « Cité Rock » était en moyenne de 800 dans les 19 villes participantes. Cette opération est de plus en plus attendue par les médias locaux et régionaux (presse écrite et radio). La diversité des thèmes abordés, la multiplicité des outils et médias utilisés font, semble-t-il, le succès de ces opérations.

Via les opérations « Joue le jeu contre le sida » et « France Basket Tour 1996, Sprite Basket Tour 1997 et 1998 », la prévention est rattachée à un événement sportif. L'idée est de faire le lien entre les conséquences des prises de risque liées au sport et celles prises dans sa vie sexuelle. Pour cela, lors des tournois de basket de rue initiés par la Fédération française de basket ball, un dispositif de prévention est installé. Celui-ci est animé par des acteurs associatifs et institutionnels de la lutte contre le sida réunis par la DDASS. Un jeu test associant des questions de prévention et des questions sur le basket est proposé à chaque jeune.

En 1996, 5 000 jeunes auraient été touchés par cette opération. Environ 250 jeunes de 12 à 18 ans participent au tournoi et aux ateliers dans chaque ville, dont 14 % de filles. Il faut ajouter la présence de 1 000 visiteurs en moyenne, le plus souvent la famille et les amis des participants au tournoi de basket et qui sont aussi sensibilisés à la prévention.

Quel que soit le type de campagnes considéré (spécialisé ou généraliste), le vecteur de communication privilégié en direction des jeunes est la radio, *via* le partenariat du CFES avec des stations comme FUN (c'est le cas par exemple dans le cadre de l'opération « Cité Rock ») ou NRJ. Le bénéfice de cette communication repose sur la forte légitimité que les jeunes reconnaissent aux radios à communiquer sur le sida (« une radio de jeunes qui ne parlerait pas de sida perdrait sa vocation de médias »)[5].

L'évaluation qualitative de différents matériaux utilisés a montré qu'il existait un certain rejet des jeunes vis-à-vis des spots purement informatifs perçus comme redondants, complexes et donc peu impliquants.

Les témoignages de jeunes semblent être le mode de traitement le plus adapté lorsqu'il s'agit d'aborder le thème de la prévention eu égard à leur forte capacité d'identification et de projection. Les autres locuteurs ne manquent pas de légitimité mais leur capacité à susciter une implication apparaît davantage limitée : ainsi, si les journalistes-animateurs sont appréciés, leur capacité à engendrer de l'adhésion est restreinte par leur statut même d'animateur qui les situe dans un registre considéré trop ludique par rapport au sida ; les leaders d'opinion ne sont reconnus comme interlocuteurs attractifs qu'à condition d'être perçus comme mobilisés et crédibles par rapport au sujet du sida. Par exemple, le spot sur l'acceptabilité du préservatif a été très bien accueilli en raison de la personnalité séductrice de Christophe Dechavanne alors que la participation de Jean Galfione à un spot sur les modes de transmission a été moins bien perçue notamment chez les jeunes de milieu populaire qui semblent peu connaître cet athlète. Enfin, les médecins spécialistes suscitent un sentiment de moindre proximité car ils

[5] Résultats d'une étude réalisée auprès de 24 jeunes auditeurs de FUN et de NRJ au mois de décembre 1997 et janvier 1998.

sont d'abord les représentants d'une sphère éloignée du quotidien des jeunes. Pour être entendu, ces locuteurs doivent être capables de se mettre à la portée des jeunes, d'initier un véritable dialogue, éléments d'optimisation d'autant plus nécessaires que l'expert médical, perçu comme porteur de vérité et de repères, n'est jamais rejeté d'emblée.

Cette évaluation a montré que le sida restait un thème majeur de préoccupation des jeunes et, même si les comportements de prévention sont désormais bien intégrés *(voir partie II)*, leur demande d'information reste importante. Cette demande porte notamment sur le virus et la maladie (l'avancée de la recherche, les symptômes de la maladie, les trithérapies, etc.), sur des aspects pratiques de la prévention (Comment utiliser un préservatif la première fois ? Où, quand et comment se faire dépister ?) et de l'information (renvoi à des associations, à des lignes téléphoniques comme *Sida Info Service*).

Communication en direction des homosexuels

Depuis 1995, les actions de communication sur l'infection à VIH s'adressent aux homosexuels masculins à la fois *via* des campagnes de prévention dans les médias grand public et *via* des campagnes ciblées dans la presse gay.

Les campagnes grand public

La première grande campagne grand public faisant une large place à l'homosexualité fut la campagne presse de l'été 1995. Parmi les 13 annonces réalisées, 5 concernaient directement ou indirectement les hommes ayant des rapports homosexuels (« Quand vous faites l'amour avec Gilles, pensez à protéger Jérôme », « Heu-reux », « Vous le trouvez craquant ? Dites-vous que ses ex aussi »). Cette campagne avait alors suscité des polémiques, certains redoutant l'impact que ces affiches pourraient avoir sur le grand public, d'autres les trouvant trop timides. L'évaluation réalisée par l'IFOP montra que seule une minorité des répondants au post-test s'était déclarée choquée (3 à 4 %) et que la communication sur les modes de vie gay était bien acceptée. Du coté des homosexuels, cette campagne a été saluée comme un tournant dans la communication, une première osant réellement afficher l'homosexualité dans les médias grand public. En complément de la campagne « Vivre avec » diffusée dans les médias grand public, la campagne d'affichage dans les lieux gay « S'aimer, s'aider et ne jamais céder » a eu une forte résonance auprès des homosexuels, notamment par le slogan « Mon copain est séropositif et je l'aime ».

En 1996, les campagnes presse et télévision de l'été ont à nouveau fait une place importante à l'homosexualité. Parmi les 5 annonces diffusées, celle du partenariat homosexuel (« Êtes-vous capable de mettre un préservatif en face de chacun de ces visages ? ») était la plus explicite. Cette affiche rappelait aussi la nécessité d'utiliser un gel avec le préservatif, qui s'est révélée une thématique très attendue par les homosexuels. Dans le film *Le bal*, qui reprenait l'idée de la rencontre, deux hommes étaient représentés dans une situation de trouble visible.

D'une manière générale, les campagnes menées en 1995 et 1996 ont été appréciées par leur complémentarité et par la synergie des médias utilisés[6]. En 1996, 95 % des homosexuels déclaraient s'être sentis concernés personnellement par les différentes campagnes (87 % en novembre 1995). Ils étaient concernés pour eux-mêmes à 84 % (*versus* 74 % en novembre 1995), pour leurs amis (74 % *versus* 71 %) et pour leur compagnon ou un ami (46 % *versus* 53 %). Les différentes campagnes ont suscité le dialogue : 6 homosexuels sur 10 ont parlé avec leurs amis, 1 sur 3 avec leur compagnon et 1 sur 5 avec un collègue de travail.

Concernant la prévention, les indicateurs de l'impact de ces campagnes apparaissent très positifs : 94 % déclaraient qu'elles permettaient de soutenir les homosexuels dans leur prévention au quotidien, 86 % qu'elles incitaient à utiliser systématiquement, en plus du préservatif, un gel à base d'eau. Pour 48 %, les campagnes de 1996 incitaient également à réduire le nombre de partenaires (33 % pour celles de 1995). Enfin, comme pour le grand public, la campagne « Vivre avec » a enregistré de très bons scores d'impact puisque 75 % des homosexuels se sentaient davantage à l'écoute des personnes séropositives et 69 % plus proches d'elles.

En 1997, les homosexuels, comme le grand public, ont assez peu reconnu le film *La route* diffusé en juin (33 % *versus* 38 % pour le grand public) en raison de la lassitude des homosexuels vis-à-vis des messages de prévention généralistes traités à la télévision et d'une trop grande proximité avec les publicités de fabricants automobiles ne permettant pas d'identifier spontanément l'émetteur (la voix off était indispensable à la compréhension du message).

À l'inverse, les films de l'été sur le thème « Vivre avec le VIH » (*La famille*, *Le couple* et *L'entreprise*) ont été bien perçus. La campagne a été jugée utile (89 %) et convaincante (66 %). 66 % des répondants se sont sentis personnellement concernés. L'adhésion tenait à ce que ces films illustraient que « la séropositivité pouvait concerner tout le monde » (92 %), qu'ils apportaient un soutien au séropositif en montrant que l'on peut aimer et être aimé en étant séropositif (89 %), et qu'ils permettaient à l'entourage de mieux comprendre la difficulté des personnes séropositives (82 %). Cependant, 76 % des homosexuels interrogés pensaient que ces films demandaient une sensibilisation préalable pour être compris du grand public.

Autant les campagnes télévisées ont été bien perçues, autant la campagne presse grand public de 1997 a été peu appréciée des homosexuels. Les messages ont été considérés trop généralistes, si bien que 64 % d'entre eux ne se sont pas sentis concernés ; 73 % ont eu du mal à les comprendre et 78 % ont considéré que les affiches n'avaient pas su trouver le ton juste. Paradoxalement, les thèmes traités ont été reconnus pertinents, en adéquation avec les comportements des gay et leurs besoins.

En 1998, la campagne TV du mois de juin sur le dépistage précoce a été vue par 41 % des homosexuels ayant participé au post-test *versus* 57 % pour le grand public. Cette différence peut s'expliquer en partie par le retard avec lequel le post-test a été réalisé auprès de cette population (décembre *versus* juin pour le grand public).

Parmi ceux qui avaient vu la campagne, l'adhésion était très bonne (96 % l'ont

---

[6] Les campagnes sont généralement évaluées par une double approche quantitative et qualitative *(voir fiche méthodologique n° 33)*.

jugée utile), la mise en scène de la défaillance collant bien à la réalité. Toutefois, si de façon spontanée un homosexuel sur deux (52 %) restituait l'idée que la campagne visait à inciter les personnes à consulter au plus vite après une prise de risque, des interrogations existaient sur la notion de délai. Seuls les mieux informés ont compris qu'il était fait référence au dépistage précoce. Le slogan de la campagne « Aujourd'hui on peut faire beaucoup mais rien sans vous » a été perçu comme ayant une forte valeur de responsabilisation des acteurs ; il reste majoritairement compris comme une incitation à la prévention et moins comme un recours à la consultation médicale.

La campagne d'affichage sur le préservatif de l'été 1998, à la différence de celle de l'année précédente, a obtenu un bon score de reconnaissance (60 %) et une forte adhésion (94 %), dans la lignée des appréciations formulées par le grand public. À l'issue de cette campagne, 72 % des homosexuels interrogés déclaraient qu'il n'était pas dépassé de parler du préservatif. Perçue comme s'adressant au grand public, 70 % des homosexuels ont cependant déclaré adhérer à cette campagne.



Source : CFES

Les campagnes dans la presse gay

L'autre volet de la communication sur les risques associés aux rapports entre hommes s'exprime dans la presse gay. En complément des campagnes grand public qui intègrent le thème de l'homosexualité, de nombreuses actions sont menées par ce canal. L'une des plus significatives est sans doute celle qui s'appuie sur la notoriété d'un illustrateur, José Cunéo, auteur de bandes dessi-

nées. En collaboration avec un psychothérapeute, il produit, chaque année, une BD qui traite des conflits psychologiques liés à la prise de risque. Dans le registre de l'humour et en exploitant les mécanismes d'identification, il tente de favoriser la réflexion sur soi. Ces bandes dessinées qui ne sont pas signées par les pouvoirs publics renvoient à deux lignes téléphoniques : *Sida Info Service* et *Écoute Gaie*. Les bandes dessinées sont publiées dans une quinzaine de titres de la presse gay sur une période de 2 à 3 mois et sont toujours très attendues. Les BD plaisent par leur approche très connotée « culture gay » et bénéficient d'un fort agrément lié à l'humour (« Safe qui peut », « Sucer or not sucer »). Cependant, la complexité des thèmes abordés les a rendues moins lisibles en 1998. Leur impact a donc été moins important (27 % se rappelaient les avoir vues contre plus de 40 % les autres années). Elles ont parfois amené des contresens dans leur interprétation. De fait, les indices d'adhésion à ces annonces ont été moindres que les autres années mais ce média reste très pertinent.

Dans la lignée des BD Cunéo, les témoignages présentent une forte attractivité. Ces deux communications utilisent des approches différentes mais leur finalité est identique : la prise de conscience du risque et du relâchement, le questionnement sur son propre comportement. La remise en question étant mieux acceptée lorsque l'homosexualité est assumée, ces campagnes sont peut-être plus efficaces chez les hommes affirmant leur identité homosexuelle.

La presse gay utilise également des annonces presse plus classiques. Elles ont, les premières années, davantage porté sur l'information avec des messages pratiques. Ce fut par exemple le cas des campagnes presse de 1995, 1996 et 1997 qui rappelaient le bon usage du préservatif et du gel à base d'eau (« Vivre d'amour et de gel à base d'eau ») et le danger des lubrifiants gras (« Le beurre grignote les capotes »). Ces annonces ont été déclinées en affichettes et diffusées *via* le syndicat national des établissements gay (SNEG). Ces messages ont toujours eu un impact élevé et ont été, chaque année, jugés prioritaires, clairs et explicites. Cependant, à la fin de 1997, les homosexuels exprimaient une certaine lassitude, estimant désormais être bien informés sur les risques liés à la pénétration anale. Leurs demandes étaient désormais davantage tournées vers un questionnement sur les échecs de la prévention, sur les problèmes de « surcontamination » lors de rapports non protégés entre séropositifs, des témoignages sur des séropositifs vivant en couple, illustrant les difficultés de la vie avec le VIH. Ce dernier aspect a été traité de façon approfondie dans un hors série réalisé en partenariat avec le journal gay « Illico » et par un partenariat radio avec FG (Fréquence Gay) fondé sur des témoignages de personnes atteintes expliquant leur vie avec le VIH. L'évaluation du hors série « Illico » a souligné la bonne résonance de cette initiative qui a été jugée en adéquation avec les attentes et les besoins. Cependant, fin 1997, 56 % des homosexuels considéraient encore que l'on ne parlait pas assez du sida.

En 1998, en complémentarité de la campagne sur le dépistage, les annonces ont porté sur le traitement préventif post-exposition (« Sida. Vous avez pris un risque ? Vous pouvez dans certains cas bénéficier d'un traitement d'urgence, à condition d'agir dans les heures qui suivent »), la peur de savoir (« Si vous avez peur de savoir si vous êtes atteint par le virus du sida, vous ne pourrez pas bénéficier des nouveaux traitements »), et la difficulté de se traiter lorsque l'on se sait atteint (« Les nouveaux traitements contre le sida ?... Je sais qu'ils sont plus efficaces mais je ne veux pas entendre parler de maladie »). Ces annonces

sont parues dans 7 titres leader de la presse gay de mai à septembre ; l'annonce sur les traitements d'urgence dans 10 titres affinitaires de juin à août et 5 catalogues de ventes par correspondance.



Source : CFES

Les messages de ces annonces ont été bien perçus mais leur valeur incitative n'a pas toujours été très forte. Si l'annonce « traitement d'urgence » était perçue comme pouvant inciter à aller consulter aussitôt après une prise de risque pour 47 % des homosexuels interrogés, l'annonce sur la peur de savoir a eu une valeur incitative faible en termes de traitements et de dépistage. Ces annonces ont toutefois été jugées utiles par la quasi-totalité des enquêtés (98 %), mais parfois difficiles à comprendre (31 %). Elles ont été complétées par des documents hors médias (dépliants diffusés auprès des médecins, pharmaciens, hôpitaux, etc.) qui faisaient le point sur les différents protocoles de dépistage et sur les traitements d'urgence. Ils ont été, le plus souvent, très appréciés mais leur réseau de distribution a été jugé trop restreint.

Les communications de l'année 1998 ont eu une incidence significative sur les stratégies préventives déclarées : le fait d'être incité à utiliser des préservatifs (68 %), les précautions dans le choix des partenaires (53 %), la réduction du nombre de partenaires (41 %). La sensibilisation sur le dépistage est acquise (76 % déclaraient qu'ils auraient plus facilement recours au test après une prise de risque), mais la clarification des concepts de prophylaxie, de dépistage précoce et de traitement d'urgence, reste nécessaire. Ainsi, au mieux, il a été possible d'estimer à 40 % le pourcentage d'homosexuels qui adopteraient la bonne démarche suite à une prise de risque. La pratique d'un test de dépistage dans les 15 jours qui suivent la prise de risque et la possibilité de bénéficier d'un traitement efficace dans les 48 heures sont deux idées qu'il reste à conforter. Dans un climat de vigilance préventive maintenue, 6 % des homosexuels pensent qu'il est aujourd'hui moins grave de ne pas utiliser de préservatif et 61 % se disent rassurés à l'idée qu'en cas de défaillance, il existe un traitement post-exposition.

Il a fallu une dizaine d'années, depuis la découverte du virus, pour que des messages adaptés au mode de vie des hommes qui ont des rapports homosexuels trouvent leur place dans la communication grand public, en raison principalement de la crainte d'une accentuation de la stigmatisation des homosexuels. Cette crainte n'a pas été confirmée par les post-tests des premières campagnes même si beaucoup reste à faire pour dissiper les attitudes et les comportements homophobes. La communication dans les médias homosexuels a également évolué au cours des années, passant d'une communication publicitaire à des approches plus originales. En 1998, des attentes fortes demeuraient : 61 % des homosexuels avaient le sentiment qu'on ne parlait pas encore assez du sida. Ces attentes concernaient essentiellement les pratiques à risque et les nouveaux traitements avec l'idée sous-jacente qu'il faut maintenir le discours préventif, car plus de la moitié des homosexuels redoutent un certain relâchement dans la protection du fait des informations sur les traitements.

Communication en direction des usagers de drogue intraveineuse

Complémentaire de la vente libre des seringues en pharmacie et de leur diffusion gratuite par les programmes d'échange de seringues et les distributeurs automatiques, la communication en direction des usagers de drogues a longtemps porté sur la seule seringue et sur un seul agent pathogène, le VIH. Concernant

la seringue, le message était simple : pas de partage, usage unique de la seringue, en cas de réutilisation, désinfection à l'eau de Javel domestique.

La promotion du matériel d'injection stérile a fait l'objet de plusieurs campagnes dont celle de 1995 axée sur la promotion des trousses de prévention dont le Stéribox© mis sur le marché en officine quelques mois auparavant ; les autres modèles (CAP, KIT) étant réservés aux programmes d'échanges de seringues. Les annonces « Pile t'as pas le sida. Face t'as pas le sida » et « Voilà trois très bonnes raisons de ne pas réutiliser votre seringue » ont été diffusées d'avril à septembre 1995 dans la presse associative et la presse de rue. Au début de l'année 1996, cette campagne a été complétée par une action de mobilisation des pharmaciens. Elle avait notamment pour objectif de sensibiliser les usagers de drogues aux produits de prévention disponibles dans les pharmacies, dont le Stéribox®. Une annonce développant un message explicite sur le rôle préventif du pharmacien (« Mine de rien on trouve des lieux de prévention à tous les coins de rue ») a été affichée dans plus de 5 000 pharmacies et a été diffusée en presse associative, presse de rue, presse quotidienne régionale du Nord et de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

L'information des usagers de drogues sur les modalités d'utilisation de l'eau de Javel comme désinfectant du matériel d'injection s'est faite de manière régulière ces dernières années. La campagne de 1998 a été réalisée sous forme d'affichettes et d'une brochure. Celles-ci ont été diffusées auprès des DDASS, des associations de prévention et de lutte contre le sida, des professionnels de santé et dans les lieux d'échange de seringues. Les affichettes insistaient bien sur le caractère exceptionnel de l'utilisation de l'eau de Javel comme dernier recours en cas d'absence de matériel d'injection stérile tout en décrivant les différentes étapes indispensables à une désinfection efficace.

Si les seringues et l'eau de Javel ont été les deux éléments forts de communication des premières campagnes de prévention en direction des usagers de drogues, très vite la prise de risque lors des rapports sexuels a été associée à la sensibilisation, par affiches et voie de presse. Ce thème a été inscrit dans les campagnes grand public. Ainsi, durant l'été 1995, on a pu lire : « Vous utilisez toujours une seringue neuve pour un shoot. Vous voilà donc à moitié protégé », ou en 1996 « Quand vous fermez une porte au sida, ne le laissez pas entrer par une autre ». Parfois ce thème a rejoint encore plus explicitement celui du non partage du matériel d'injection comme ce fut le cas en 1998 avec l'affiche : « Tous ces objets (seringue, tampon, eau stérile, cuillère) ont un point commun avec un préservatif : ils ne se partagent pas et ils ne doivent servir qu'une fois ».

L'autre évolution importante de la communication en direction des usagers de drogues ces dernières années se trouve dans l'introduction progressive de l'idée que d'autres agents pathogènes (VHC et VHB) pouvaient être transmis lors d'une injection. Il a fallu attendre 1997, voire 1998, pour que cette information apparaisse clairement comme un élément principal du message de prévention. On la retrouve ainsi sur les affichettes « eau de Javel » en 1998 : « L'eau de Javel nettoie, désinfecte et réduit le risque de transmission du sida et des hépatites par seringues usagées ».

Enfin, en 1998, les usagers de drogues ont bénéficié, en prolongement de la campagne grand public, d'une campagne presse associative sur le thème du dépistage précoce. L'objectif était d'approfondir l'information en fonction des spécificités de cette population. Trois thèmes ont été repris : le traitement préventif

post-exposition (« Cette nuit, j'ai partagé une seringue et maintenant je flippe - On peut faire quelque chose mais dans les heures qui suivent »), l'injection dans l'urgence (« 2 heures du mat, j'ai une dose et un matos pourri - Dans ce cas, quelques conseils »), les difficultés de la relation au médecin (« J'ai besoin qu'on me soigne, pas qu'on me juge - Les médecins sont là pour vous écouter, vous soigner, vous aider »). Ces annonces sont parues dans quatre titres de la presse associative des usagers de drogues de juin à décembre 1998.



Source : CFES

L'impact des campagnes de prévention envers les usagers de drogues ne peut être appréhendé par les méthodes classiques compte tenu de la difficulté d'accès à une population clandestine et stigmatisée. Leur contribution propre à l'évolution des attitudes et pratiques de cette population relevée dans les enquêtes réalisées ces dernières années *(voir partie II)* ne peut être dissociée des actions de terrain et du rôle nouveau de la diffusion des traitements de substitution.

Prévention de l'infection à VIH dans des populations en grande précarité

Les groupes en situation de précarité sociale restent difficiles à atteindre par les modes de communication classiques, ce qui amène à rechercher des moyens

de les informer et d'adapter le contenu des actions de prévention. Un premier pas a été réalisé en 1998, par la déclinaison à travers trois annonces spécifiques de la campagne presse « grand public ». Ces annonces sont parues dans 90 titres de presse gratuite, en presse turfiste et dans Tati Magazine de juin à septembre. À titre expérimental, ces annonces ont été éditées sous forme d'affichettes et proposées aux associations caritatives, aux DDASS et associations de lutte contre le sida, ainsi qu'à tout organisme d'assistance aux personnes en difficulté qui en ont fait la demande. Dans l'objectif d'une adaptation ultérieure, une évaluation qualitative a été effectuée *(fiche n° 34)*.

Les affiches ont été présentées dans des centres d'urgence, des foyers d'hébergement pour femmes seules avec enfant, des foyers d'accueil de sortants de prison. La première affiche abordait la question de la transmission du virus, la seconde la question de la protection et la troisième celle du dépistage. Les trois messages étaient catégoriques et ne laissaient aucune place au doute : il n'y a pas d'autres modes de contamination que ceux qui sont expliqués sur l'affiche, la protection est efficace, de même que les traitements si l'on se fait dépister à temps. Ces affiches proposaient donc un grand nombre d'informations se situant sur des registres différents. Celles-ci supposaient, pour être comprises, un certain nombre de pré-requis : connaître un peu la nature de la maladie, savoir ce qu'est un préservatif et comment on l'utilise, savoir que les drogues peuvent être injectées par voie intraveineuse, savoir où se procurer des seringues, comprendre le terme « dépistage », etc.

Les entretiens menés aussi bien avec les intervenants sociaux qu'avec les usagers ont montré que les affiches, quand elles ne sont pas passées inaperçues, sont apparues peu attractives, confuses, trop chargées d'informations et finalement beaucoup trop complexes.

Ces affiches ont été bien souvent génératrices de malaises provoqués par le fait qu'elles engendraient par les thèmes abordés (relations sexuelles, toxicomanie et sida) des sentiments de gêne, de honte et de peur. Ces thèmes ne font, semble-t-il, pas l'objet de discussions collectives, sans doute en partie comme l'ont souligné plusieurs professionnels, parce que beaucoup d'usagers n'ont pas de vie sexuelle. L'interpellation en public devant les affiches présentait un autre danger : celui de la stigmatisation. Laisser paraître une ébauche d'intérêt pouvait laisser croire que l'on faisait partie du public ciblé (toxicomane ou personne atteinte). Ainsi, de nombreuses personnes ont refusé de se prononcer sur ces affiches. Celles qui l'ont fait n'ont jamais considéré que les affiches leur étaient destinées. Elles se sont toutes dites bien informées et n'avoir rien appris d'autre que ce qu'elles savaient déjà. Considérées comme s'adressant aux autres (aux jeunes, aux toxicomanes, aux malades, etc.), les affiches ont été jugées utiles, voire très utiles. Ceux qui paraissaient avoir quelques connaissances sur le sida ont fait des suggestions pour les rendre plus lisibles, opérant ainsi une sorte de retournement du stigmate. D'autres ont adopté une logique d'accusation. Les affiches étaient alors suspectées de ne pas dire la vérité. Cette prise de distance s'est aussi traduite par l'expression d'une très grande défiance à l'égard des intermédiaires de santé. Enfin, certains adoptaient une logique humanitaire et s'étonnaient de ne pas voir le ruban rouge sur l'affiche qu'ils finissaient par réclamer. Ils quittaient ainsi leur statut de population à risque ciblée par l'affiche pour acquérir une autre identité et former alors un « nous » socialement valorisé.

Les affiches ont été source de confusion, due en grande partie au fait que les

personnes ne lisaient pas les messages. Sur la première affiche concernant la protection, le pictogramme représentant le préservatif n'a pas été compris, pas plus que son association avec la seringue qui a le plus souvent renvoyé à la toxicomanie, à la maladie et à la transfusion sanguine. Les pictogrammes représentant les modes de transmission ont aussi été mal interprétés, plusieurs personnes par exemple ont déclaré ne pas savoir que le sida pouvait s'attraper en se serrant la main. Enfin, l'affiche évoquant le dépistage est restée énigmatique pour tous. Les encadrés contenant des sigles (H ou Dr X) ou le nom complet des organismes de dépistage ont été assimilés à des panneaux routiers. Le « H » n'a pas renvoyé au terme générique d'hôpital mais à un hôpital particulier. Dépourvue d'adresse précise, cette indication n'avait aucun sens. L'incitation au dépistage précoce a aussi fait l'objet de contresens.

Le message de mobilisation commun aux trois affiches (« On peut faire beaucoup mais rien sans vous ») n'a jamais été convenablement décrypté. Quelques personnes y ont même vu un appel aux dons. Personne n'a pensé que la protection et le dépistage pouvaient participer à la lutte contre le sida, ni que son propre comportement était susceptible de s'inscrire dans une perspective de prévention. De même, la phrase « Un médecin est là pour vous aider » a été comprise comme renvoyant au centre lui-même alors que, dans de nombreux centres, il n'y a pas de présence médicale. Le numéro de téléphone de *Sida Info Service* a été parfois mal perçu en raison de son anonymat. Celui-ci constituant justement un des problèmes majeurs des personnes en grande difficulté, son intérêt dans les procédures de dépistage n'a pas été bien perçu.

De plus, la dimension du temps était très présente dans ces affiches (il faut se protéger pour préserver l'avenir) et elles étaient ordonnancées selon une suite diachronique : identification du risque, protection, soins. Or les personnes en situation de précarité, qui ont de grandes difficultés à se projeter dans l'avenir, ne pouvaient adhérer à cette logique.

Pour remplir sa fonction, une campagne en direction de ces publics devrait donc proposer des messages moins complexes après avoir levé, ce qui s'est révélé comme une des principales lacunes, l'absence de connaissance sur la vie sexuelle des personnes en grande précarité.

Autres groupes

D'autres groupes ont fait l'objet d'actions de communication : (1) les professionnels de santé ; (2) les migrants ; (3) les détenus ; (4) les multipartenaires hétérosexuels. Ces actions de communication sont d'ampleur et de nature très diversifiées et occupent une place réduite par rapport aux actions de proximité mises en œuvre auprès de ces publics. Elles n'ont pas fait l'objet d'évaluation systématique. En rendre compte exigerait une mise en perspective beaucoup plus large qui ne peut trouver sa place dans cet ouvrage.