

Sida et évolution de la prévention

Le sida a bouleversé les modèles de prévention habituels, et, au-delà, les campagnes d'éducation pour la santé. Il a fallu limiter l'approche globale et travailler auprès de populations ciblées avec des discours spécifiques.

Sida et communication préventive : la fin des routines ?

Geneviève Paicheler
Directrice de recherche, sociologue, CNRS/Cermes

Le 23 juin 2002, un spot d'une campagne du nouvel Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), diffusé en prime time sur TF1, France 2, France 3 et M6, ainsi que dans la presse, provoquait, selon les termes d'un article du journal *Le Monde**, « une émeute téléphonique ». « Des traces d'acide cyanhydrique, de mercure, d'acétone et d'ammoniac ont été décelées dans un produit de consommation courante. » Tel était le message de ce spot, suivi d'un numéro de téléphone gratuit... sur lequel se sont précipitées 400 000 personnes dans le quart d'heure qui a suivi la diffusion, et, au total, 900 000 dans la soirée. Un spot diffusé le lendemain donnait la clé de l'énigme : ces composants se trouvaient en effet dans un produit de consommation courante : la cigarette. « *Maintenant, vous savez* », concluait-il. Nous sommes loin des campagnes lénifiantes diffusées dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix : « prenons

* « Cigarettes et risque sanitaire pour un choc publicitaire ». *Le Monde*, 25 juin 2002.

la vie à pleins poumons », disait un de leurs slogans. Campagnes qui n'ont pas réussi à faire baisser significativement le tabagisme, ni empêché sa progression chez les jeunes femmes. Depuis quelque deux-trois ans, le ton de la communication sur le tabac et l'alcool a changé radicalement. Il est plus informatif : par exemple une récente campagne sur l'alcoolisme pointait le fait que la consommation excessive d'alcool ne s'accompagne pas toujours d'ivresse. Elle en est d'autant plus pernicieuse. Le public est invité à évaluer ses risques sur la base de questionnaires. Des lignes téléphoniques gratuites accueillent les personnes en recherche d'information sur les lieux et les moyens du sevrage et les dirigent vers des services spécialisés. Le discours est plus direct, n'hésitant pas à provoquer un effet de choc pour faire réagir un public lui-même installé dans la déniégation des risques. Autant d'évolutions qui reflètent de profonds bouleversements dans la manière d'envisager et de mettre en place la communication préventive.

C'est dans la prévention du sida qu'une communication plus « vraie » et plus percutante a été diffusée pour la première fois. Qu'on en juge par certaines des « accroches » ou par les extraits des textes de la campagne de prévention du sida de l'été 1995, largement diffusée dans la presse, « *temps fort de la communication sur le sida* » [47], saluée dans toute la presse comme une action de communication efficace et réaliste : « *Quand vous faites l'amour avec Pierre, pensez à protéger Virginie* », « *Yves et Christophe vivent ensemble. Il y a une heure, ils ont fait l'amour... Il leur arrive d'avoir d'autres aventures homosexuelles, alors ils se protègent* ». Par rapport aux pratiques sexuelles, ce dernier texte préconise ensuite



l'utilisation d'un préservatif associé à un gel à base d'eau pour la pénétration anale et d'un préservatif non lubrifié pour la fellation. Il mentionne aussi la possibilité de pratiquer la fellation sans préservatif en « *veillant à ne jamais avoir de sperme dans la bouche* ». On ne saurait être plus explicite...

La communication préventive sur le sida a connu elle-même une évolution remarquable depuis la mise en place de la première action par le ministre de la Santé, Michèle Barzach, en avril 1987, « *Le sida ne passera pas par moi* ». Évolution aussi déterminée par de profonds changements contextuels : la multiplication des moyens de communication, de trois chaînes télévisées publiques à l'émergence des chaînes privées et câblées, par exemple, transformait profondément le paysage audiovisuel. En 1987, dans un climat politique marqué par la première cohabitation, Michèle Barzach prépara directement, en grand secret et en petit comité fermé, la première campagne de prévention du sida. Elle procéda elle-même à la sélection de l'agence, sur la base d'un cahier des charges très réduit, et surveilla toutes les étapes de la mise en place de la communication. Par cette procédure, elle cherchait à se garder autant de ses adversaires que de ses amis politiques, parmi lesquels l'influence d'un clergé hostile à voir promouvoir le préservatif et à voir abordées les questions de sexualité était encore sensible. Quelque dix ans plus tard, les procédures et le climat ont profondément changé : rares sont ceux qui s'émeuvent encore de la promotion du préservatif. Si l'attention du personnel politique reste aussi soutenue, les étapes de la mise en place des campagnes sont encadrées par différents comités d'experts et de représentants des administrations et de la société civile. L'agence de publicité est sélectionnée sur la base d'un appel d'offres concurrentiel et se voit remettre un cahier des charges de plusieurs centaines de pages se référant aux nombreuses recherches en épidémiologie, santé publique et sciences sociales menées dans le domaine du sida. Depuis la première campagne, un des facteurs déterminants de la mise sur agenda politique a été le scandale du sang contaminé avec ses procès débutant en 1989 et l'entrée en scène d'associations qui ont progressivement pris des positions de plus en plus radicales, notamment après la création d'Act Up en 1989.

Le bouleversement de la communication et des stratégies de prévention

L'émergence du sida a provoqué une situation de crise pour laquelle les réponses institutionnelles habituelles se sont révélées inadaptées. Avec ses dimensions inédites, ce problème obligeait à aborder des thèmes relevant de l'intime et de la marginalité. Un ensemble de facteurs — la présence d'associations influentes et déterminées, la défection de la santé publique [39], la carence des recherches — a accentué cette pression à l'innovation. Une nouvelle configuration d'acteurs se constituait dans les rapports souvent conflictuels entre

le personnel politique, politico-administratif, les militants des associations, la recherche, le corps médical et les agences de communication. En définitive, l'épidémie émergente a bouleversé profondément les routines en prévention au niveau de la conception de la communication et des stratégies, et au niveau des procédures internes à la communication elles-mêmes.


La prévention du sida a amené à aborder des sujets délicats et à traiter sans détours des questions intimes jugées scabreuses par certains. Des critiques très sévères ont porté sur le ton publicitaire trop basé sur la séduction adopté par l'Agence française de lutte contre le sida de 1989 à 1993. Il a donc été décidé d'aborder un langage direct, didactique, clair, en attaquant de front des thèmes sensibles. Les rapports avec les agences de communication en ont été profondément modifiés. Il n'était plus question de leur laisser la bride sur le cou et d'accepter qu'elles donnent libre cours à leur « génie créatif ». Les cahiers des charges sont devenus très précis, le suivi des créations par un comité de pilotage s'est fait très exigeant. Nous ne sommes plus au temps où une campagne d'éducation à la santé se résumait à une série de spots de télévision avec un slogan facilement mémorable, pas très informatif, non dramatisant, dont l'exemple type pourrait être : « *Un verre, ça va, trois verres, bonjour les dégâts* ». Cela ne veut pas dire que les options prises dans les campagnes de promotion de la santé ont été mauvaises : par exemple, la stratégie de valorisation du non-fumeur ou le détournement de thèmes et d'une imagerie de publicité pour le tabac (le cow-boy Marlboro) pour souligner les bienfaits de la vie sans tabac. Mais les résultats en termes de baisse de consommation restaient bien timides sans une véritable architecture de la communication basée sur une stratégie au long terme et sur la volonté de communiquer à différents niveaux en utilisant tous les canaux possibles, en attirant et retenant l'attention.

Les changements introduits dans le cadre de la prévention du sida ont résulté d'une façon différente de considérer la santé publique, par un personnel politique fortement impliqué et très soucieux de ne plus mettre en péril la santé des citoyens, en partie du fait de la réactivité de l'opinion publique, et surtout parce qu'il était poussé par des groupes de pression très déterminés et revendicatifs.

Par rapport à d'autres problèmes de santé publique, la prévention de la transmission sexuelle du sida a bénéficié d'un avantage : celui de rester dans les habitudes publicitaires à travers la promotion d'un produit, le préservatif. Mais comme pour les autres thèmes de santé, son handicap était que son objectif était de promouvoir un comportement peu recherché, voire dévalorisé. C'est pourquoi un tournant décisif a consisté à aborder la prévention du sida à travers les diverses situations à risque et l'évaluation de son propre risque par chacun, comme cela a été fait à partir de 1994, démarche suivie dans le cadre des campagnes de prévention des comportements alcooliques et tabagiques de 1997 et 1998.

Le recours à une communication très ciblée

En ce qui concerne la technique et le contenu même des campagnes, l'utilisation des médias, les formes de communication, le ton, le sida a bouleversé les routines. Des réflexions ont été menées au niveau de la technique même, par exemple des pré-tests et des post-tests, profondément modifiés, et au niveau du ciblage. On est sorti d'une communication essentiellement centrée sur les jeunes pour s'efforcer d'atteindre les personnes les plus exposées à travers les canaux les mieux adaptés, même lorsqu'il s'agissait de les atteindre à travers des médias grand public, par exemple les bisexuels ou les utilisateurs de drogues injectables. Les recours aux expertises se sont multipliés : les résultats des recherches sont utilisés, ainsi que les enseignements tirés des expériences vécues, que la prévention du sida a particulièrement valorisées.

Les campagnes de prévention tendent à répondre de moins en moins à des préoccupations publicitaires et de plus en plus à des objectifs de santé publique. Dans certaines limites ; un élément a été déterminant dans l'implication des pouvoirs publics et la mise sur agenda de la prévention du sida : les pressions exercées par des groupes militants et déterminés. Or la dimension politique d'autres problèmes de santé demeure limitée, donc la détermination à agir des pouvoirs publics n'est que plus fragile. 

Les difficultés de prévention dans un centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit

La mise sur le marché (dans notre pays en 1987) du test de dépistage sérologique pour le VIH/sida est à l'origine du dispositif des centres de dépistage anonyme et gratuit (1988) : il s'agissait initialement d'encadrer médicalement la demande du consultant (consultations pré- et post-test) de façon, le cas échéant, à assurer soutien, prise en charge et accès aux soins.

Ultérieurement, le CDAG voyait ses missions s'élargir aux dépistages sérologiques du VHB et du VHC, tandis que, récemment, un rapprochement semble s'esquisser avec le dispositif des dispensaires anti-vénériens (DAV) dans le contexte de la reprise de l'épidémie de syphilis, notamment en région parisienne (ainsi, aujourd'hui, parmi les 11 CDAG parisiens, seuls 2 conservent leur vocation strictement « sérologique »).

Les motifs de la consultation

Habituellement, il s'agit d'exposition sexuelle ; exceptionnellement, des partages de matériels pour les usagers de drogues injectables.

Plusieurs cas de figure coexistent :

La prise de risque ancienne. Le patient souhaite faire disparaître une crainte, ou une angoisse, diffuse, conséquence d'un ou plusieurs rapports à risque.

- Une prise de risque récente : si le laps de temps séparant une exposition sexuelle et la consultation est inférieur à 48 heures environ, une analyse rigoureuse des facteurs de risque peut entraîner la prescription d'une trithérapie à visée prophylactique pendant un mois.

- La fin d'une relation stable. Le patient vient pour clore une relation dans laquelle il avait passionnément investi ; il relativise ainsi l'image de l'autre qui n'est plus aussi parfait (elle, ou il, a pu me tromper).

- Le début d'une relation stable. La séro-négativité est recherchée par les deux partenaires pour s'affranchir du préservatif. (La difficulté, assez fréquente, est l'abandon précoce du préservatif, en tout cas avant la consultation.)

- La recherche d'informations et du diagnostic sérologique dans des situations complexes qui nécessitent une écoute attentive et une compréhension tolérante.

Le déroulement de la consultation

Par définition, l'anonymat ne permet pas de prendre rendez-vous avec un médecin « en son nom propre » ; la rencontre patient-médecin s'avère un moment déterminant où s'établit la confiance, le respect du patient, afin de permettre un échange d'informations. L'analyse des facteurs de risque, leur survenue et la discussion sur les mesures préventives de façon théorique sont alors adaptées aux besoins du patient.

Lors de la première consultation, deux possibilités permettent de susciter une réflexion sur les facteurs de risque :

- soit un autoquestionnaire rempli dans la salle d'attente, abordant à la fois les relations sexuelles de façon précise, l'usage permanent, intermittent ou nul d'un préservatif, les circonstances des prises de risque et, plus globalement, la vie sexuelle.

- soit l'entretien avec le médecin isolément, qui oriente alors les questions selon les réponses du patient.

La discussion se caractérise par un fort impact émotionnel ; les valeurs portées par le patient sur sa sexualité peuvent hypothéquer les vraies réponses. Toute la difficulté de la relation duelle est de permettre une libre expression du patient ; mais jusqu'où souhaiterait-il se livrer pour permettre d'être efficace en prévention ? La capacité du médecin est donc fondamentale à favoriser cet échange.

Le questionnaire peut irriter, incontestablement, par la précision des informations demandées, mais cela reste très exceptionnel. Par contre, le patient exprime la réalité par écrit, sans la formuler oralement, donc la charge émotionnelle est moins forte. Lors de cette lecture

Marc Shelly
Médecin CDAG,
Hôpital Fernand
Widal, Paris

Christophe Segouin
Chef de service
FCM, délégation à
la formation, CDAG,
Hôpital Fernand
Widal, Paris

Dominique Bertrand
Professeur, service
de santé publique,
CDAG, Hôpital
Fernand Widal, Paris