

INPES – COLLOQUE SCIENTIFIQUE

Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ?

9 décembre 2011 – Palais des Congrès, Paris

Nathalie Lydié

Leçons tirées de 20 ans de campagnes de lutte contre le sida

Nathalie LYDIE

Directrice adjointe des affaires scientifiques, Inpes

Les campagnes de communication mises en œuvre dans le cadre de la lutte contre le sida constituent un élément majeur de la politique de lutte contre le sida telle qu'elle a été menée en France. La première campagne nationale date de 1987, et affichait le slogan suivant : « Le sida ne passera pas par moi ».

La définition des stratégies de communication et de leur mise en œuvre a évolué depuis, et a été confiée à différents opérateurs. D'abord aux mains de l'Agence française de lutte contre le sida, cette prérogative revient au Comité français d'éducation pour la santé à partir de 1994, puis à l'Inpes à partir de 2002.

L'Inpes est un établissement public sous la tutelle du ministère de la Santé, qui est chargé de la mise en œuvre du volet de prévention des programmes de santé publique. Le programme « Santé sexuelle et prévention du VIH¹ et des IST² » est un des programmes de l'institut. Ce programme inclut la communication mais aussi le financement d'actions de terrain, la réalisation d'études et la mise à disposition du matériel de prévention.

Le dispositif de communication est organisé depuis le début des années 2000 autour de **deux volets : le dispositif « population générale » et un dispositif ciblé en direction des populations prioritaires** de la lutte contre le sida que sont les homosexuels masculins et les migrants d'Afrique subsaharienne. Les dispositifs ciblés s'appuient sur des médias communautaires alors que le dispositif « population générale » est un dispositif grand public à forte visibilité.

Le dispositif « Population générale »

Le dispositif « population générale » prend la forme de campagnes télévisées qui durent en moyenne trois semaines par an, au mois de juin et au mois de décembre. La pression médiatique varie entre 600 et 900 GRP³.

L'évaluation est une préoccupation ancienne. Elle reposait initialement sur des enquêtes pré-test et post-test. Les premières sont des études qualitatives réalisées en amont de la campagne auprès de la population cible et permettent de tester l'adéquation des supports de communication. Les enquêtes post-test, quant à elles, sont organisées dans le mois qui suit la diffusion de la campagne et permettent de mesurer la mémorisation, la compréhension, l'agrément et la force d'implication de la campagne.

Petit à petit, ont été intégrées de nouvelles méthodologies plus complexes. Les études ont été complétées par la collecte de nouveaux indicateurs (vente de préservatifs, appels à Sida Info Service, ou l'activité de dépistage). L'évaluation s'appuie aussi sur les systèmes de surveillance **comportementale et épidémiologique**, relativement riches en France. La

¹Virus de l'immunodéficience humaine

²Infections sexuellement transmissibles

³Gross Rating Point, en français le point de couverture brute.

surveillance comportementale renvoie aux enquêtes KABP⁴, qui sont régulièrement menées depuis 1992 auprès de la population générale, et d'enquêtes réalisées auprès des personnes homosexuelles (la première a eu lieu en 1985). Les enquêtes sur les personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne sont, quant à elles, peu nombreuses. Quant à la surveillance épidémiologique, elle se base sur la déclaration obligatoire de sida, mise en place dès 1986, et sur la déclaration obligatoire du VIH, qui fonctionne depuis 2003.

Les exemples d'évaluation de campagnes qui suivent concernent la promotion des trois piliers de la prévention : le préservatif, le dépistage et l'acceptation des personnes séropositives.

Changer l'image du préservatif et en faire un produit de consommation courante

Au début de l'épidémie du sida, le préservatif était un objet stigmatisé. Il a par exemple été interdit de publicité jusqu'en 1987. L'Agence française de lutte contre le sida a mené 11 campagnes de promotion de l'utilisation du préservatif entre 1989 et 1994. Changer son image, favoriser son accessibilité, l'identification de chacun comme utilisateur potentiel, désamorcer les prétextes pour s'en passer sont les principaux axes que les grandes campagnes de communication se sont appliquées à traiter, dans un contexte systématiquement dissocié de celui de la maladie.

[Projection de la vidéo « Un préservatif peut sauver une vie » (1984)]

Le dispositif de communication mis en place en 2003 intitulé « Et si le préservatif était un produit comme les autres ? » est assez emblématique de ces approches. Cette action s'inscrivait dans un contexte de dégradation de l'image du préservatif et de baisse de son utilisation déclarée à la fois dans la population générale et chez les homosexuels masculins. La campagne visait à changer le regard sur le préservatif en cherchant à l'assimiler à un produit de consommation courante. Cette stratégie devait contribuer à dédramatiser l'acte d'achat et à en banaliser l'usage. Le dispositif était composé d'une campagne télévision (trois films, 890 GRP) et d'une action événementielle en grandes et moyennes surfaces à l'aide de « stop rayon » et « d'affichariots ».

Un exemple de campagne de promotion de l'utilisation du préservatif qui fonctionne

L'évaluation visait à mesurer l'impact de la campagne Affichariot sur les ventes de préservatifs. Pour cela, une comparaison des ventes a été réalisée entre les supermarchés participants et des supermarchés non participants pendant trois périodes (avant, pendant et après la campagne). Les résultats montrent que le volume des ventes de préservatifs a augmenté dans les deux groupes de magasins pendant la campagne mais aussi dans les quatre semaines qui ont suivi la campagne (figure 1). Cependant, on constate que **le marché des préservatifs a été plus dynamique dans les supermarchés qui avaient participé à l'action Affichariot.**

⁴Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices, ce qui signifie « Connaissances, attitudes, croyances et comportements » en français.

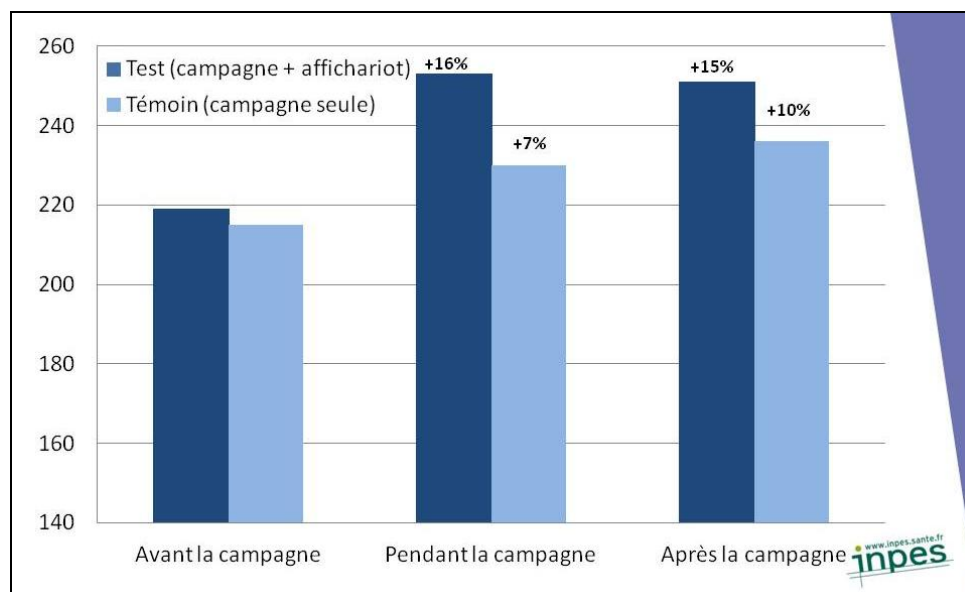


Figure 1 : Évolution des ventes moyennes hebdomadaires de préservatifs

L'évaluation a également montré que la hausse du marché en volume avait été moins importante que celle du marché en valeur, ce qui signifie que l'accroissement des ventes avait porté davantage sur les produits haut de gamme que sur les produits de base. Cet aspect était l'un des axes de la campagne télévision dont un des objectifs visait à promouvoir la diversité de la gamme.

Le préservatif devient banal

D'une manière plus globale, ces 20 dernières années ont été marquées par une augmentation continue des ventes de préservatifs. En 1986, les ventes étaient estimées à 39 millions alors qu'elles étaient d'environ 106 millions en 2010⁵. Les chiffres laissent penser que les ventes stagnent depuis quelques années à 106 millions. Cette tendance s'explique probablement par le fait que les ventes réalisées par Internet ne sont pas comptabilisées. De ce fait, nous ne sommes actuellement pas en mesure de documenter de façon satisfaisante l'évolution des ventes de préservatifs. **Il est parfois difficile de collecter des indicateurs fiables et s'inscrivant dans la durée.**

Parallèlement, l'image du préservatif s'est transformée comme le montre les indicateurs des enquêtes KABP. Les items négatifs associés à l'image du préservatif ont diminué entre 1992 et 2010 (cf. figure 2) alors que la proportion des personnes qui considèrent le préservatif comme quelque chose de banal a augmenté.

⁵ L'évolution des ventes de préservatif entre 1986 et 2010 comporte une rupture en 1999 car, avant cette date, les ventes étaient estimées à partir de l'état des stocks. Elles sont désormais comptées de façon informatisée. Il s'avère que le comptage manuel avait considérablement surestimé les ventes réelles de préservatifs.

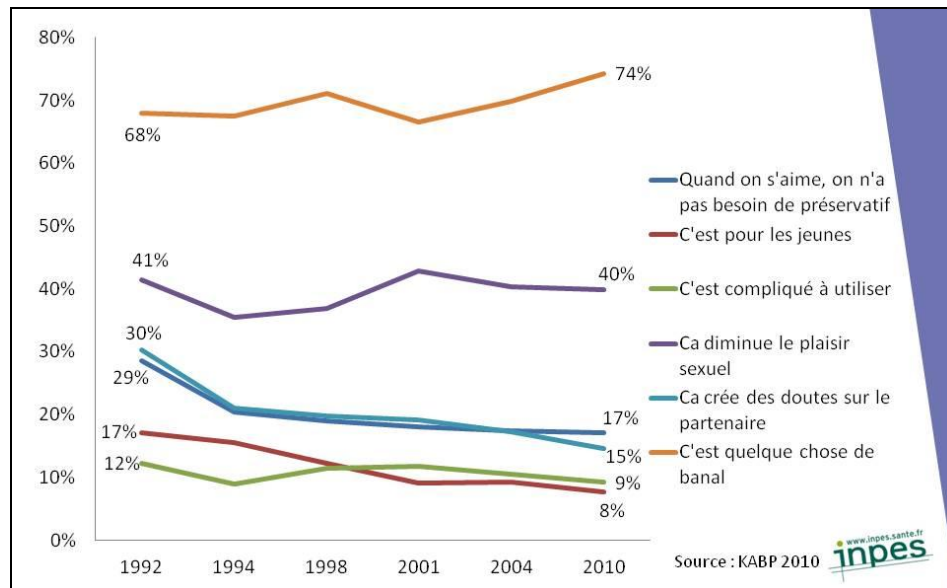


Figure 21 : Évolution de l'image du préservatif entre 1992 et 2010

Ces évolutions sont dues en partie aux campagnes de prévention mais aussi au marketing des fabricants de préservatifs qui utilisent des slogans plus audacieux que ceux de la santé publique (« Moins de sexe, plus de latex », par exemple).

Quoi qu'il en soit, son utilisation accompagne désormais l'entrée dans la sexualité des nouvelles générations⁶ comme les premières relations avec un nouveau partenaire. En revanche, il faut souligner la stagnation, voire la diminution, de l'utilisation du préservatif chez les homosexuels masculins, bien que 66 % des homosexuels masculins déclarent utiliser un préservatif automatiquement avec un partenaire occasionnel. Ce chiffre est cependant insuffisant pour faire baisser l'incidence du VIH dans ce groupe de population.

Le dépistage : un thème devenu central

La place du dépistage dans la prévention a connu des évolutions très importantes. Ce thème ne s'est imposé qu'en 1995-1996. Dans un premier temps, la communication visait principalement à donner des informations sur les lieux de dépistage et à orienter les personnes qui souhaitaient effectuer un test vers le centre de dépistage anonyme et gratuit le plus proche de chez eux. En 1998, le thème est abordé pour la première fois à la télévision suite aux avancées thérapeutiques qui motivent 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. En 2002, la campagne « **Le test, c'est important de savoir** » aborde les résultats du test de dépistage comme une information à échanger entre partenaires et présente le dépistage comme un élément du comportement préventif, qui était jusque-là uniquement basé sur le préservatif. C'est également la première fois que les populations originaires d'Afrique subsahariennes sont portées à l'écran. Quant à la campagne de 2010, elle s'inscrit dans le cadre de la nouvelle politique de dépistage et vise à trouver les 50 000 personnes en France qui ignorent leur séropositivité.

[Projection des vidéos « Sida. Le test c'est important de savoir » (2002) et « Faites-vous dépister » (2010)]

⁶ Avant 1985, seulement 15 % des personnes avaient utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel alors que depuis 2005 ce chiffre est d'environ 86 %.

Évaluer les campagnes de dépistage

L'évaluation de ces campagnes repose sur plusieurs éléments : les post-tests, l'impact des campagnes sur l'activité de Sida Info Service, l'évolution de l'activité des Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les données de l'Assurance Maladie depuis 2011⁷. L'étude des appels reçus par Sida Info Service et des connexions à leur site Internet montre qu'il y a eu un report progressif des appels vers le site Internet (cf. figure 3). Par ailleurs, la diffusion d'une campagne d'incitation au dépistage provoque systématiquement un surplus de sollicitations important.

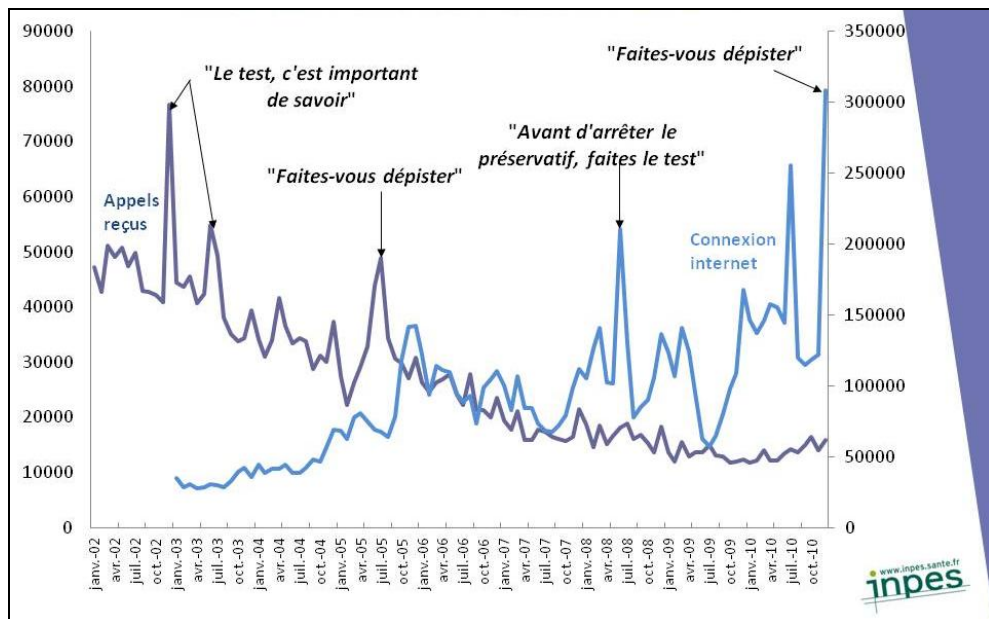


Figure 3 : Impact des campagnes sur l'activité de Sida Info Service entre 2002 et 2010

Les caractéristiques des appels, lors de la campagne de 2005, nous confortent dans le fait que le surplus d'activité est lié à la campagne de dépistage. On note, en effet, pendant la période de la campagne de 2005, un fort pourcentage de nouveaux appelants, qui déclarent majoritairement avoir connu le numéro par la télévision. En outre, 62 % des entretiens ont porté sur le dépistage lors de cette période, alors que ce chiffre était de 42 % lors de la même période en 2004.

Utilisation des données des CDAG et de l'Assurance Maladie

Au-delà du fait d'évaluer le nombre de personnes ayant appelé Sida Info Service, il s'agit d'évaluer si les personnes qui ont vu une campagne entreprennent une démarche de dépistage, ce qui soulève un problème de mesure. En effet, **la remontée centralisée des données des CDAG n'est pas effective**. L'Institut de veille sanitaire (InVS) a recueilli des données trimestrielles jusqu'en 2003 et recueille désormais uniquement des données annuelles. De plus, les informations recueillies sont limitées (nombre de tests réalisés et nombre de tests positifs uniquement) car il est difficile de recueillir, en France, des données considérées comme sensibles, comme c'est le cas pour la nationalité, le pays de naissance ou l'orientation sexuelle.

La figure 4 montre que la campagne « Le test, c'est important de savoir » a augmenté l'activité de dépistage sans pour autant augmenter le nombre de sérologies positives. Cela

⁷ Ces données concernent les laboratoires de ville qui font des tests de dépistage mais pas les hôpitaux et les CDAG.

signifie qu'un grand nombre de personnes à faible risque d'infection par le VIH se font dépister suite aux campagnes d'incitation au dépistage. L'intérêt des campagnes est de promouvoir le dépistage comme un outil qui permet d'ajuster les comportements de prévention grâce aux conseils personnalisés qu'elles peuvent recevoir avant ou après le test.

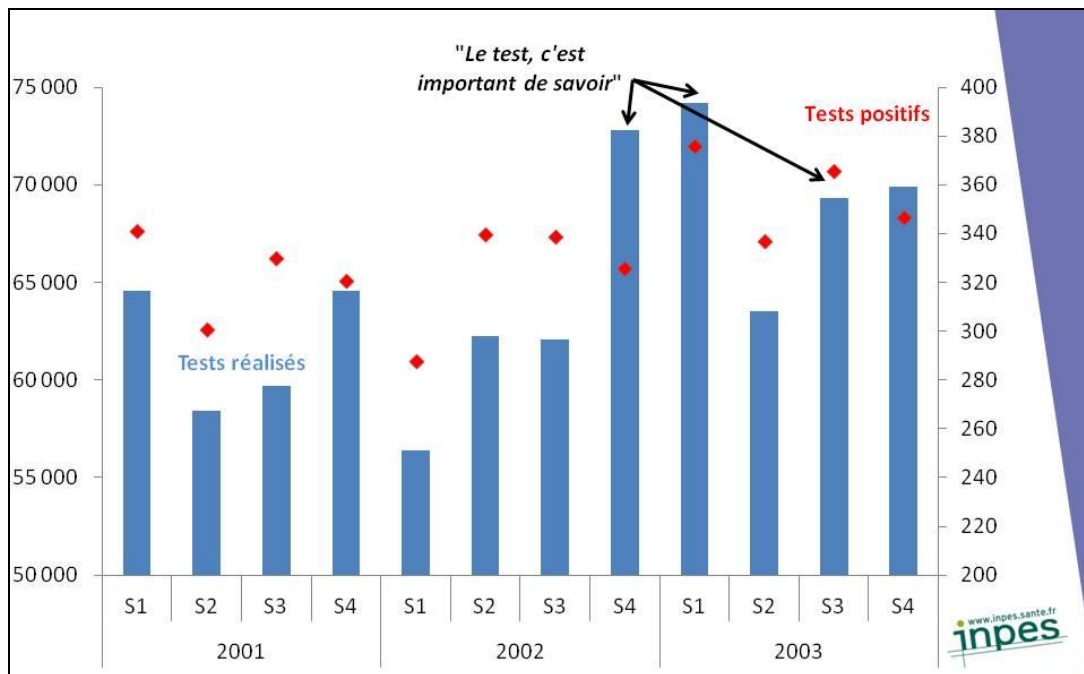


Figure 4 : Nombre de tests réalisés et nombre de tests positifs, CDAG 2001-2003

Quant aux données de l'Assurance Maladie, elles comprennent :

- le tableau de bord de biologie (c'est-à-dire un suivi mensuel des actes prescrits et remboursés) qui comprend des informations sur le sexe, l'âge du consultant et les types de prescripteurs

- l'échantillon généraliste des bénéficiaires (c'est-à-dire l'historique de consommation de soins depuis janvier 2003) qui comprend quelques caractéristiques sociodémographiques.

Ces données nous ont permis de comparer le nombre de tests VIH réalisés en laboratoires en 2009 et en 2010. On note que la campagne de 2010 a entraîné une augmentation d'environ 10 % pendant la période de la campagne.

En conclusion, les campagnes ont sans doute contribué à faire augmenter le recours au dépistage. Le nombre de sérologies a fortement augmenté depuis le début des années 2000, avec un maximum observé en 2005⁸. Cette augmentation du dépistage ne s'est ensuite pas poursuivie, bien qu'elle soit restée à un niveau élevé⁹. Dans le contexte actuel, **les campagnes peuvent utilement accompagner les nouvelles recommandations et contribuer à la banalisation du test de dépistage. Elles peuvent également favoriser l'acceptation du test lorsqu'il est proposé par un professionnel de santé**, celui-ci ayant été remis au cœur des stratégies de dépistage.

Témoigner et parler de la vie avec le VIH pour lutter contre la discrimination

La discrimination constitue un axe important de la communication sur le VIH/sida. Entre 1989 et 1994, la communication sur la maladie a été fondée sur le témoignage et visait

⁸ Le sida avait été désigné grande cause nationale en 2005, ce qui avait engendré de nombreuses manifestations.

⁹ Environ 5 millions de tests sont réalisés chaque année depuis 2005.

à contrer d'éventuels phénomènes de stigmatisation. Les témoignages ont ensuite fait place à une communication sur la vie avec le VIH. La campagne de 2006 a été mise en place dans un contexte de maintien des discriminations (homophobie et/ou sérophobie) dans la sphère sociale et dans la sphère privée. L'enquête KABP et une enquête réalisée par Sida Info Service ont montré en particulier des comportements de rejet de partenaires sexuels. En réaction à cela, la campagne de 2006, intitulée « Ensemble, luttons contre les discriminations », visait à modifier le regard sur la séropositivité et à montrer la possibilité de vivre en couple avec une personne de statut sérologique différent.

[Projection des trois films de la campagne « Ensemble, luttons contre les discriminations » (2006)]

Une évaluation post-test et une analyse exposés/non exposés pour mesurer les effets de la campagne de lutte contre la discrimination

L'évaluation post-test a été faite grâce à des enquêtes par quota, réalisées auprès de trois échantillons (population générale, homosexuels masculins et migrants d'Afrique subsaharienne). De forts taux de reconnaissance ont été obtenus lors de cette évaluation (cf. figure 5). On a par ailleurs noté une adéquation des spots aux populations ciblées avec une identification très forte aux personnages et aux situations présentées. En outre, **chaque population a reconnu en premier le spot qui lui était destiné, ce qui a validé le choix des stratégies ciblées**. La campagne a de plus généré de nombreuses discussions. En effet, près d'un tiers des homosexuels masculins et près de six migrants sur dix ont dit avoir parlé de la campagne avec leur entourage.

Populations	GP	HSH	Migrants
Reconnaissance <i>(standard Inpes)</i>	75 % <i>(78 %)</i>	66 % <i>(56 %)</i>	82 % <i>(68 %)</i>
Compréhension	72 %	89 %	78 %
Agrément <i>(standard Inpes)</i>	86 % <i>(85 %)</i>	79 % <i>(77 %)</i>	78 % <i>(83 %)</i>
Identification <i>(standard Inpes)</i>	61 % <i>(45 %)</i>	70 % <i>(56 %)</i>	60 % <i>(59 %)</i>
Bruit de la campagne <i>(standard Inpes)</i>	18 % <i>(19 %)</i>	36 % <i>(25 %)</i>	57 % <i>(41 %)</i>




Figure 5 : Une évaluation post-test aux résultats prometteurs

Cette évaluation post-test a été complétée par une analyse « exposés/non exposés » qui visait à évaluer l'évolution des attitudes vis-à-vis des personnes séropositives chez les personnes exposées à la campagne et chez celles qui n'avaient pas été exposées. Les attitudes ont été mesurées par une question comportant cinq items à partir desquels un score a été calculé. Plus le score était élevé, plus le niveau d'acceptation des personnes séropositives était élevé.

Grand public	n	moyenne	coeff. [IC95%]
Total	986	4,9	
Non exposés	251	4,3	-
Exposés	735	5,2	0,66 [0,41-0,89]
<i>p</i>	-	<i>p</i> <0,001	<i>p</i> <0,001
HSH	n	moyenne	coeff. [IC95%]
Total	406	5,8	
Non exposés	140	5,5	-
Exposés	266	6,0	0,52 [0,19-0,85]
<i>p</i>	-	<i>p</i> <0,001	<i>p</i> <0,001
Migrants	n	moyenne	coeff. [IC95%]
Total	454	4,3	
Non exposés	87	3,5	-
Exposés	367	4,5	0,81 [0,41-1,21]
<i>p</i>	-	<i>p</i> <0,001	<i>p</i> <0,001




Figure 6 : Niveau d'acceptation selon les populations

On constate tout d'abord que les niveaux d'acceptation des personnes vivant avec le VIH diffèrent selon les populations avant la campagne : il est plus élevé chez les homosexuels masculins (score de 5,8), plus faible chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne (4,3).

Lorsqu'on compare ensuite les personnes qui ont été exposées à la campagne et celles qui ne l'ont pas été, des différences significatives apparaissent dans les trois populations. **Ainsi, les personnes déclarant avoir vu la campagne ont un meilleur score d'acceptation des personnes vivant avec le VIH.** Les différences restent significatives après ajustement sur le sexe, l'âge, le niveau d'étude et la connaissance d'une personne séropositive.

Aujourd'hui, l'illégitimité des attitudes discriminatoires est reconnue dans l'espace public, l'opinion, saisie par les enquêtes KABP, indique depuis plus d'une dizaine d'années un niveau élevé d'attitudes positives envers les personnes atteintes. Cela ne veut pas dire qu'elles ne continuent pas à faire l'expérience de formes souvent insidieuses de rejet, et la proportion de personnes qui envisagerait d'avoir des relations sexuelles avec une personne séropositive reste largement minoritaire (19 %), ce qui montre la nécessité de continuer à travailler sur cette dimension.

Conclusion

L'évaluation est un défi permanent qui nécessite d'adapter la méthode retenue en fonction de l'objectif de la campagne et des ressources disponibles. Elle nécessite également de collecter des indicateurs d'impact fiables et qui s'inscrivent dans la durée. Par ailleurs, elle implique de mesurer les effets pour chacune des cibles, ce qui peut parfois s'avérer compliqué lorsque l'on s'intéresse à des populations particulières. Une bonne évaluation doit tenir compte de la difficulté de la mesure (avoir le bon indicateur à la bonne échelle) et de l'absence de maîtrise des éléments extérieurs (« le bruit »).

L'Inpes travaille sur l'optimisation des évaluations des campagnes de prévention et tente, pour cela, de favoriser la synergie entre actions et évaluations. Il est important de se rappeler que l'évaluation n'est pas la dernière étape de l'action, qu'elle n'est pas indépendante de l'action et, que les études évaluatives ne sont pas indépendantes les unes

des autres. Ce travail sur l'évaluation a débouché sur une proposition synthétisée dans la figure 7. L'Inpes a en particulier choisi d'investir sur la modélisation et l'évaluation théorique, qui sont des outils qui ont été utilisés dans le cadre de la campagne VERB.

Les grandes phases de l'action	Evaluations systématiques	Evaluations ponctuelles
Phase 1 Conception de l'action	Modélisation Evaluation théorique (analyse stratégique + analyse logique)	Pré-test du projet-concept auprès des populations visées
Phase 2 Développement de l'action		Pré-test des supports auprès des populations visées
Phase 3 Expérimentation		Etude expérimentale d'efficacité
Phase 4 Généralisation	Suivi d'indicateurs de trafic d'aide à distance Suivi d'indicateurs de santé (<i>Tracking</i>)	Post-test auprès des populations visées Suivi d'indicateurs du recours au système de prévention




Figure 7 : Les différentes formes d'évaluation retenues par l'Inpes

Échanges avec la salle

Patricia DELHOMME

Les post-tests étant réalisés juste après les campagnes, ils ne mesurent que les effets à court terme de ces dernières. Il serait intéressant d'essayer de jouer davantage sur la durée.

Nathalie LYDIE

Les post-tests se font en effet dans le mois qui suit la diffusion des campagnes et évaluent par conséquent les effets à court terme des campagnes. Il semble que l'activité de Sida Info Service et le recours aux CDAG soient très liés aux campagnes. Comme ces effets s'atténuent dans le temps, il est nécessaire de mettre en œuvre des campagnes de façon régulière et également de renouveler les discours, tout en gardant une cohérence sur les thèmes traités lors des différentes campagnes.