

Strategien nachhaltiger Bevölkerungsinformation. Eine Analyse der Stop-Aids-Präventionskampagnen des Bundesamtes für Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Social Marketing

Dieter Stemmler (Der Siebte Sinn AG)
Sandro Cattacin (IDHEAP)

unter Mitarbeit von

Stefano Losa (Swiss Forum for Migration and Population Studies)
Susanne Schleiter (Der Siebte Sinn AG)

Cahier de l'IDHEAP no 210/2003
septembre 2003

Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit
Mandaté par : Office fédéral de la santé publique
No 00.001443
Neuchâtel, le 12.01.2002

© 2003 IDHEAP, Chavannes-près-Renens
ISBN 2-940177-78-3

Suite à la page suivante

Vorwort

Vorwort

Vor zwei Jahren wurden wir angefragt, Überlegungen zur generellen Social-Marketing-Strategie des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) anzustellen. Das BAG setzt seit Jahren neben feldnahen Interventionen auf Kampagnen zur Information der Bevölkerung, um gesundheitspräventive Botschaften nachhaltig zu vermitteln. Die Gespräche zu einer Projektkonkretisierung mündeten in der Idee, die Erfahrungen der letzten zwei Jahrzehnte aufzuarbeiten und mit den aktuellen Herausforderungen zu vergleichen. Ein solches Vorgehen ergibt einen zielgerichteten Nutzen für die strategische Planung anstehender und zukünftiger Kampagnen. Es geht darum, die intendierten Strategien des BAG herauszuarbeiten, Inkohärenzen zu erkennen und Empfehlungen daraus abzuleiten.

In einem ersten – gewissermassen experimentellen Schritt – wurden wir beauftragt, die HIV/Aids-Präventions-Strategie zu analysieren; insbesondere die Stellung der Kampagnen. Wir haben diesen Erstauftrag aus verschiedenen Gründen akzeptiert. Sicherlich, weil wir auf die Realisierung eines Gesamtprojektes hoffen, das erlauben würde, die Präventionskampagnen des Bundes in verschiedenen Gesundheitsbereichen unter der Perspektive seiner Social-Marketing-Strategie zu analysieren. Eine derartige Querschnittsanalyse der Kampagnen des BAG, zum Beispiel in den Bereichen HIV/Aids, Tabak, Alkohol, illegale Drogen, Grippeimpfungen etc., würde wesentliche Informationen und Erkenntnisse zum „neuen“ Staat liefern, der die nachhaltige Bevölkerungsinformation ins Zentrum seiner Gesundheitsprävention und -förderung stellt. Erste Ansätze finden sich in den Forschungsprojekten zum Thema des Transfers von Erfahrungen zum Umgang mit HIV/Aids auf die Gesundheitspolitik der Schweiz (Renschler et al. 2002, Bachmann et al. 2002, Twisselmann et al. 2001) und im Reader zu theoretischen und praktischen Perspektiven des Social Marketing (Goldberg et al. 1997). Ausgehend von diesen Forschungsarbeiten sollte weitergedacht, weiteranalysiert und weitergeforscht werden, um Erkenntnisse über eine erfolgreiche Steuerung von Gesundheitspräventions- und Gesundheitsförderungskampagnen durch staatliche Stellen für die nächsten Jahre zu gewinnen. Es gibt bisher nur ganz wenige Ansätze dazu.

Vorwort

Der erste Forschungsschritt hinsichtlich der Analyse der Stop-Aids-Kampagnen besteht in einer angewandten Forschungsarbeit, die dem BAG systematische Voraussetzungen, Modelle und Instrumente für die anstehende Ausschreibung der neuen HIV/Aids-Präventionskampagnen und der Wahl der externen Agentur liefern sollten.¹

Im Folgenden wird diese Analyse vorgestellt, die in kurzer Frist (von Oktober 2001 bis Januar 2002) durchgeführt werden musste, um mit der Agenda des BAG koordiniert zu bleiben. Dies war nur dank der engagierten Mitarbeit von Stefano Losa und Susanne Schleiter, die uns kompetent unterstützt haben, möglich.

Die kurze Zeitspanne hat aber trotzdem Auswirkungen auf die Tiefe der Analyse. Wir mussten arbiträr Begrenzungen methodischer Art vornehmen und uns auf das Wesentliche beschränken. Wir hoffen dennoch, genügend Elemente aufzeigen zu können, die der zukünftigen strategischen Kampagnenplanung dienlich sein werden.

Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, die sich für Interviews und Gesprächsrunden unentgeltlich zur Verfügung gestellt haben. Alle Beteiligten waren bereit, auf unsere terminlich kurzfristigen Rahmenbedingungen flexibel einzugehen. Unser Dank gilt auch den Mitarbeitenden des BAG, insbesondere Marlène Läubli-Loud und Markus Weber, die uns mit Zeit und Material unterstützt haben.

Dieter Stemmler und Sandro Cattacin
Schaffhausen und Lausanne, September 2002

¹ Im Bericht wurde aus Gründen der Lesbarkeit nicht systematisch die männliche und weibliche Form in Personenbezeichnungen benutzt. Personenbezeichnungen beziehen sich deshalb immer, wenn nicht speziell anders gekennzeichnet, auf die männliche und weibliche Form.

Zusammenfassung

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, die Erfahrungen der 15-jährigen Stop-Aids-Kampagnen im Hinblick auf deren Fortführung zu analysieren. Dabei wurden über einen Methodenmix Daten und Informationen erhoben und trianguliert. Vier studienspezifische Fragestellungen zur zukünftigen Ausrichtung der Kampagnen wurden beantwortet.

Wurden die Ziele der Stop-Aids-Kampagnen erreicht und wie müssen diese, falls überhaupt, in Zukunft angepasst werden?

Die grundlegenden Ziele der Kampagnen wurden insgesamt erreicht und sollten für die Zukunft bestätigt werden. Die Unsicherheiten administrativer Akteure gegenüber privaten Strategien der Prävention und nachlassender Aufmerksamkeit in der Gesamtbevölkerung bedürfen einer klaren Antwort: die Relancierung der gleichen Themen.

Die tiefe Zahl der Neuinfektionen und die relativ hohe und stabile Anzahl von Präservativverkäufen sollen nicht dazu führen, Gelder einsparen zu wollen. Dies würde von der irrationalen Meinung ausgehen, dass die Epidemie unter Kontrolle ist und sich ein Lernprozess quasi „genetisch“ etabliert hat. Der persuasive Staat, der sich seiner Rolle im Präventionsbereich bewusst ist, kann nicht von einem derartigen Szenario ausgehen. Er muss vielmehr in Zukunft zusätzlich zur Verhaltensveränderung auf die Verhaltenskonsequenz der Einzelnen in punkto Schutz vor HIV/Aids setzen.

In Bezug auf das Ziel der Solidarität soll unterstrichen werden, dass diese sich in den zentralen Instanzen gesellschaftlicher Integration reproduziert – vor allem in der Familie, im öffentlichen Leben und an der Arbeitsstelle. Insbesondere die Arbeitswelt als Ort der Integration – und in Anbetracht zunehmender Lebenserwartung von Personen mit HIV – sollte in Zukunft anvisiert werden, damit Solidarität als Ziel verstärkt wird. Dabei soll das potenzielle Konkurrenzverhältnis der Solidaritätsbotschaft in der Medienlandschaft zu den Themen „Afrika“ und „Medikamente“ konstruktiv gewendet und für die zukünftige Ausrichtung des Solidaritätsziels genutzt werden.

Ein Relaunch der Kampagnen ist kurzfristig dringend notwendig. Darüber hinaus muss mittelfristig auch geprüft werden, ob die HIV/Aids-Prävention in einem breiten Kontext von sexuell übertragbaren Krankheiten thematisiert werden muss. So wie HIV/Aids die Sexualaufklärung an Schulen gebracht hat, kann die Thematik vermutlich auch als Multiplikator für eine Gesundheitsprävention gegenüber sexuell übertragbaren Krankheiten genutzt werden.

Haben sich die Botschaften bisheriger Stop-Aids-Kampagnen bewährt und wie sind diese weiter zu entwickeln?

Die Botschaften der bisherigen Stop-Aids-Kampagnen haben sich bewährt. Die Kampagnen sind deshalb als Reminder wertvoll. Aus der Perspektive des persuasiven Staates ist es fundamental, die Botschaften weiterhin glaubwürdig zu formulieren, damit der Nimbus der Kampagnen seine Wirkung entfalten kann und die Rolle des Bundes als Gesundheitsförderer weiterhin stärkt. Die Botschaften müssen griffig, einfach und nachvollziehbar bleiben sowie eine lebensweltliche Verankerung haben. Bezüge zur Lebenswelt und damit zur Beziehungswelt erlauben, die Dramaturgie der Stop-Aids-Kampagnen weiterzuentwickeln. Dabei sind Werte im Zusammenhang mit dem Beziehungsleben über Werte des Sexuallebens hinaus vermehrt anzusprechen.

In Bezug zum Thema Solidarität muss die bisherige Mitgefühlorientierung überwunden und vermehrt auf Respekt für Menschen mit HIV/Aids gesetzt werden. Botschaften der Unterstützung in Zusammenhängen der Sicherung des Arbeitsplatzes und der Kontinuität von bisherigen Beziehungen von HIV-Betroffenen sollten kommuniziert werden. Jeder moralische Bezug in den Kampagnen sollte verhindert werden, da dieser Diskriminierungseffekte gegenüber den Betroffenen und damit „Unmoralischen“ zur Folge hätte.

Hat sich die bisherige Form der Realisierung der Stop-Aids-Kampagnen bewährt und wie ist diese weiter zu gestalten?

Strassenplakate sowie TV-Spots und weniger Kino-/Radio-Spots und Zeitungsinserate sind die Verstärker der Prävention in der breiten Öffentlichkeit in punkto HIV/Aids. Sie verhelfen der Vertiefung der HIV/Aids-Thematik über andere Informationskanäle, wie zum Beispiel über Broschüren für spezifische Zielpublika.

Bei der Formwahl muss von einer weiteren Radikalisierung der am medialen Zeitgeist orientierten und damit erotisierenden Botschaften und Bildern Abstand genommen werden. Eine Fortsetzung über eine erneuerte und heute brennende Fragen beantwortende Formwahl der Kampagnen sollte gefunden werden. Zum Beispiel die Vermittlung der Kondomnutzung durch sinnliche Themen aus dem Beziehungsleben, wie zum Beispiel Stories, Episoden und Irrationalitäten von in zwischenmenschlichen Beziehungen lebenden Individuen. Sinnlichkeit gepaart mit Sexualität beginnt im öffentlichen Raum und nicht erst im Schlafzimmer und ist im Hinblick auf die HIV/Aids-Thematik fundamental. Eine derartig ausgerichtete innovative Formwahl könnte ebenfalls spassig, überraschend und griffig gestaltet werden – und vor allem mit differenzierten Botschaften.

Hat sich die bisherige Organisation der Stop-Aids-Kampagnen bewährt und wie soll diese in Zukunft konzipiert sein?

Die externe Agentur – ob die bisherige oder eine neue –, die die Verantwortung für die kreative Realisierung wahrnimmt, muss wieder vermehrt als Verkäufer einer durch das BAG selbst entwickelten Strategie der Bevölkerungsinformation betrachtet werden. Verkäufer brauchen einen gezielten Diskurs mit dem Auftraggeber, eine gesundheitspolitisch grundlegend abgestimmte Strategie und in einem gewissen Sinne auch „Schulung“. Dies bedeutet, dass wieder klare Aussagen zur aktuellen Situation der HIV/Aids-Thematik gemacht werden müssen. Es gilt, längerfristige Orientierungen zu gewinnen, organisierte Feedback-Prozesse auf der Basis von durchgeführten Evaluationen einzuleiten, moderierte

Diskurs- und Fokusgruppen durchzuführen sowie gezielte Laienkontakte zu suchen. Die Gesamtbevölkerung und damit ihre Bürger und Bürgerinnen müssen auf eine Art und Weise angesprochen werden, wie sie sich heutzutage im Zusammenhang mit dem Schutz vor HIV/Aids selbst sehen. Dementsprechend müssten neue Indikatoren in die Evaluation von zukünftigen HIV/Aids-Präventionsmassnahmen im Sinne der Kampagnensteuerung eingebaut werden. Es braucht nicht nur die Beantwortung der Fragen zum Price und zur Promotion. Ebenfalls sollten Fragen zum Product, zum Place und zur Public von HIV/Aids bezogen auf die Gesamtbevölkerung beantwortet werden und damit zu allen Faktoren des Marketing-Mix.

Zusammenfassung

Für den Zweck des gesundheitspolitisch und marketingmässig unterlegten Diskurses sollte die Funktion des bisherigen Kreativ-Teams, das die Kampagnen seit Beginn begleitete, reflektiert werden. Weiterhin sollten eine oder mehrere „Kreativ-Gruppen“ die HIV/Aids-Präventionskampagnen begleiten. Diese sollten in einer wechselnden Art und Weise zusammengesetzt und den jeweils aktuellen Anforderungen zur Bevölkerungsinformation angepasst werden. Auf diese Weise könnten bekannte Eigendynamiken bzw. systemisch bedingte Geschlossenheiten von Arbeitsgruppen immer wieder durchbrochen werden.

Allgemein und schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass es einer Erneuerung sowie Vertiefung der Positionierung der Stop-Aids-Kampagnen in der Gesamtbevölkerung bedarf, damit sie auch in Zukunft wirksam bleiben und Erfolg haben.

Résumé

Résumé

La but de la présente étude était d'analyser les résultats de la campagne Stop-Sida, menée depuis 15 ans, en vue de son développement. Pour ce faire, nous avons opté pour une combinaison de méthodes et la triangulation d'informations. Quatre questions pour la future orientation des campagnes étaient au centre de l'analyse.

Les buts de la campagne Stop-Sida ont-ils été atteints et comment, si non, doivent-ils être adaptés ?

Les buts fondamentaux de la campagne ont, dans l'ensemble, été atteints et devraient être confirmés pour l'avenir. L'insécurité des acteurs administratifs à l'égard des stratégies privées de prévention et le déclin de l'attention pour ce thème, au sein de la population, nécessitent une réponse claire : la relance des mêmes thèmes.

Par contre, le relatif petit nombre d'infections nouvelles et la grande quantité de préservatifs vendue ne devraient pas nous pousser à épargner de l'argent sur ce thème. Cela confirmerait l'opinion insensée, que l'épidémie est sous contrôle et que l'apprentissage de la prévention est presque génétiquement établi. Un Etat qui est conscient du rôle qu'il a à jouer dans le domaine de la prévention, ne peut se satisfaire de ce scénario. Au contraire, il doit non seulement envisager le changement de comportement de la population, mais aussi faire en sorte qu'un comportement responsable soit maintenu en ce qui concerne la prévention de l'infection au VIH.

Concernant le but de la solidarité, nous relevons qu'elle se reproduit dans les instances centrales de l'intégration sociétale – surtout dans la famille, dans l'espace public et sur le lieu de travail. En future, le monde du travail, en particulier, comme lieu d'intégration devrait être mis en évidence dans les actions visant la sensibilisation à cet égard – notamment à cause de l'augmentation de la perspective de survie des personnes séropositives. Une attention particulière doit être donnée au sujet de l'Afrique et des médicaments, dont il est question dans les médias, une situation qui est potentiellement en

concurrence avec le message de solidarité actuel. Celui-ci doit trouver un point de référence dans ce thème pour pouvoir être repris de manière constructive.

Le relancement des campagnes est, à court terme, nécessaire. A moyen terme, il faudrait savoir si le VIH/sida ne doit pas être placé dans le contexte d'une sensibilisation à toutes les maladies sexuellement transmissibles. Ainsi, comme le VIH/sida a donné lieu à l'éducation sexuelle dans les écoles, la thématique pourrait aujourd'hui être utilisée comme un multiplicateur du message de prévention, en matière de santé, à l'égard des maladies sexuellement transmissibles.

Les messages des campagnes menées jusqu'à présent se sont-ils confirmés et comment devraient-ils être développés à l'avenir ?

Les messages des campagnes menées jusqu'à présent ont été efficaces. Les campagnes sont donc utiles pour rappeler ces messages. Sur le plan de l'Etat, il est fondamental que l'on persiste à diffuser ces messages, formulés de façon qu'ils soient crédibles, pour que l'aura des campagnes puisse continuer à étendre ses effets et qu'ainsi la Confédération soit à même de renforcer son rôle de promoteur de la santé. Les messages doivent capter l'attention, ils doivent aussi être clairs, compréhensibles et trouver un point d'ancrage dans le monde réel. Les liens avec le monde réel permettent de développer la mise en scène des campagnes Stop-Sida. En cela, il est important de toucher des valeurs issues du monde relationnel qui vont au-delà de la sexualité.

A propos du thème de la solidarité, il faut éviter d'accentuer encore la compassion. Il faudrait intensifier le thème du respect des personnes vivant avec le VIH/sida. Des messages, pour rechercher un soutien dans le monde du travail (maintien) et conserver des relations avec les personnes atteintes par le VIH/sida, devraient être diffusés. Des références morales devraient être écartées des campagnes, car elles produiraient des effets discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH, qu'on associerait automatiquement à des personnes amORALES.

La manière de réaliser les campagnes Stop-Sida s'est-elle confirmée et doit-elle être reconduite ?

Les affiches placardées dans les rues et les spots TV, plus les spots au cinéma, à la radio et les insertions dans les journaux, ont pu renforcer le degré de prévention, parmi la population, à l'égard du VIH/sida. Ces activités ont consolidé et facilité le développement de la thématique par d'autres biais, tels que les brochures éditées pour des groupes de population spécifiques.

En ce qui concerne le choix de la forme de campagne, l'analyse démontre qu'il faut prendre une certaine distance d'avec le mode de faire des médias, soit de combiner les messages avec des images érotiques, et éviter de radicaliser les campagnes, aussi bien pour les images que pour les messages. La campagne doit être poursuivie sous une nouvelle forme, de manière à ce qu'elle puisse aborder des questions d'actualité (contenu avant forme). Des sujets concernant la sexualité/la sensualité, issus de la réalité, tels que des histoires, des épisodes relatant des incompréhensions typiques de la relation entre les êtres humains, pourraient être une voie; la sensualité liée à la sexualité révélée dans l'espace public et pas seulement dans la chambre à coucher. Elle est fondamentale pour la thématique du VIH/sida. Cette orientation pourrait être innovatrice et conçue sous une forme divertissante, surprenante et captivante et, surtout, porteuse de messages différenciés.

L'organisation des campagnes Stop-Sida s'est-elle avérée adéquate et comment devrait-on procéder à l'avenir ?

L'agence publicitaire – actuelle ou nouvelle – qui aura la responsabilité de la réalisation du concept, doit explicitement être considérée comme le vendeur d'une stratégie d'informations, destinées à la population, venant de l'Office fédéral de la santé publique. Les vendeurs ont besoin d'informations précises de la part du mandant, d'un discours cohérent sur la politique de la santé et, peut-être aussi, d'une « formation ». Cela signifie, qu'on doit transmettre une image claire du message sur la situation actuelle du VIH/sida. Il faut donc se diriger vers le long terme, procéder à des feed-back réguliers, sur la base des évaluations réalisées, planifier des discussions focalisées sur le thème et animées par des acteurs étatiques, ainsi qu'arranger des contacts ciblés avec des profanes.

Résumé

La population doit être interpellée de manière à ce qu'elle puisse se reconnaître dans cette image de la prévention et par le discours concernant le VIH/sida. Nous pensons aussi que des nouveaux indicateurs devraient être développés, pour mesurer l'impact des futures campagnes et permettre ainsi leur aiguillage. Il faut non seulement tenir compte des facteurs du prix et de la promotion du marketing-mix, . Les questions concernant le produit, le lieu et le public devraient aussi pouvoir être abordées sérieusement par le développement d'indicateur précis.

Pour soutenir le message de la politique sanitaire et prendre en compte les aspects du marketing, il serait souhaitable que le travail du groupe d'accompagnement actuel (le Kreativ-Team), qui a suivi le développement des campagnes, soit révisé. Ce groupe doit être plus hétérogène et surtout garantir un échange qui assure le maintien d'une relation avec les dynamiques sociales changeantes. De cette manière-là, il sera possible de briser régulièrement les dynamiques de fermeture que connaît ce genre de groupe de travail. D'une manière générale et pour conclure, nous pouvons affirmer qu'un renouvellement et un développement de la campagne Stop-Sida, destinée à la population, sont indispensables pour que celle-ci continue à porter ses fruits.

Riassunto

Riassunto

L'obiettivo di questa analisi è quello di analizzare l'esperienza della campagna Stop-Aids, condotta ormai da 15 anni, nella prospettiva di un suo sviluppo futuro. Per raggiungere questo obiettivo, abbiamo optato per una combinazione di metodi e la triangolazione di informazioni. Quattro domande rilevanti per il futuro orientamento della campagna erano al centro dell'analisi.

Gli obiettivi della campagna Stop-Aids sono stati raggiunti e, se no, come devono essere adattati?

Complessivamente, gli obiettivi fondamentali della campagna sono stati raggiunti e, pertanto, dovrebbero essere confermati per il futuro. Le incertezze degli attori dell'amministrazione rispetto alle strategie private di prevenzione e, contemporaneamente, la diminuzione dell'attenzione rispetto al tema da parte della popolazione in generale necessitano di una risposta chiara: rilanciare gli stessi temi.

Il numero relativamente basso di nuove infezioni contratte e l'alto livello nella vendita di preservativi non dovrebbe comunque condurci alla decisione di risparmiare nella prevenzione. Così facendo, si sosterebbe l'opinione, irrazionale, secondo la quale l'epidemia è sotto controllo e l'apprendimento preventivo sia diventato naturale. Uno Stato persuasivo che sia cosciente del suo ruolo nell'ambito della prevenzione non può partire da questi presupposti. Al contrario, deve intervenire non solo per sostenere un cambiamento nel comportamento della popolazione, ma anche per consolidare questo comportamento in relazione alla prevenzione dell'infezione dell'HIV.

Per quanto riguarda l'obiettivo della solidarietà, sappiamo che essa si riproduce nelle istanze centrali dell'integrazione sociale – soprattutto nella famiglia, nello spazio pubblico e sul posto di lavoro. In particolare, il mondo del lavoro come luogo d'integrazione, tenendo anche conto dell'aumento della prospettiva di vita delle persone sieropositive, dovrebbe essere messo in primo piano negli interventi che mirano a sensibilizzare su questo tema. Una certa attenzione deve essere rivolta alla questione dell'Africa e a quella dei medicinali, tenendo presente che la maniera con la quale queste questioni sono trattate dai media è

potenzialmente in concorrenza col messaggio attuale di solidarietà. Questo messaggio deve trovare un punto di riferimento su questi temi per poter essere ripreso in maniera costruttiva.

Il rilancio delle campagne è necessario a corto termine. A medio termine, la questione deve essere analizzata nel caso in cui l'HIV/Aids non dovesse essere contestualizzato nel quadro di una sensibilizzazione rispetto a tutte le malattie sessualmente trasmissibili. Nello stesso modo, come l'HIV/Aids ha permesso l'introduzione dell'educazione sessuale nelle scuole, la tematica potrebbe, oggi, essere utilizzata come moltiplicatore del messaggio di prevenzione della salute rispetto alle malattie sessualmente trasmissibili.

I messaggi delle campagne condotte finora si sono confermati e come dovrebbero essere sviluppati in futuro ?

I messaggi delle campagne condotte fino ad oggi si sono mostrati efficaci. Le campagne sono dunque utili per riprendere questi messaggi. Dal punto di vista dello Stato persuasivo, è fondamentale continuare a formulare questi messaggi in modo credibile nel futuro, per permettere all'aura delle campagne di continuare a sviluppare i suoi effetti e far sì che la Confederazione possa rafforzare il suo ruolo di promotore della salute. I messaggi devono essere accattivanti, chiari e comprensibili e devono cercare un riferimento nel vissuto. Le relazioni con il vissuto e, conseguentemente, con il mondo delle relazioni permettono di sviluppare la drammaturgia delle campagne Stop-Aids. Facendo questo, è importante toccare i valori che vengono dal mondo delle relazioni che vanno al di là della sessualità.

Per quanto riguarda il tema della solidarietà, si deve evitare di concentrarsi ancora sulla compassione. Bisognerebbe tematizzare nettamente di più il tema del rispetto delle persone che vivono con l'HIV/Aids ed i messaggi che mirano al sostegno nel mondo del lavoro e alla possibilità di continuità nelle relazioni con le persone colpite dall'HIV/Aids dovrebbero essere diffusi. I riferimenti morali presenti nella campagna dovrebbero essere scartati dato che potrebbero creare degli effetti discriminatori nei confronti delle persone colpite che verrebbero associate con l'immoralità.

La maniera di realizzare le campagne Stop-Aids si è confermata e deve essere mantenuta?

Le strade tappezzate e gli spot alla televisione, ma anche, seppur in modo minore, gli spot al cinema e per radio come anche le inserzioni sui giornali hanno accentuato la prevenzione tra la popolazione rispetto all'HIV/Aids. Queste attività hanno rafforzato e facilitato l'approfondimento della tematica attraverso altri canali come le brochure prodotte per gruppi specifici di popolazione.

Per quanto riguarda la scelta della forma della campagna, l'analisi mostra che bisogna distanziarsi dall'abitudine (moda) esercitata dai media di combinare i messaggi con l'erotismo ed evitare ogni radicalizzazione delle campagne in questa direzione riguardo sia alle immagini che ai messaggi. Si deve trovare il modo di continuare la campagna attuando un rinnovamento della forma che possa toccare delle questioni di attualità (il contenuto prima della forma). Temi sensuali derivanti dalla vita di relazione ed episodi delle irrazionalità tipiche delle relazioni tra esseri umani, potrebbero essere una pista. La sensualità legata alla sessualità inizia nello spazio pubblico e non solo nella stanza da letto. Questo elemento è fondamentale per la tematica dell'HIV/Aids. Un orientamento di questo genere potrebbe essere innovativo e dovrebbe essere concepito nella sua forma in modo divertente, stupefacente ed accattivante per diventare soprattutto portatore di messaggi differenziati.

L'organizzazione delle campagne Stop-Aids si è mostrata adeguata e come si dovrebbe procedere in futuro?

L'agenzia pubblicitaria esterna, l'attuale o una nuova, che avrà la responsabilità della realizzazione creativa, deve essere chiaramente considerata come un venditore di una strategia di informazione della popolazione proveniente dall'Ufficio federale della sanità pubblica. I venditori hanno bisogno di informazioni chiare provenienti dal loro mandante, di un discorso coerente sulla politica sanitaria e anche, in un certo senso, di una « formazione ». Questo significa che è necessario trasmettere il contenuto di un messaggio chiaro sulla situazione attuale in relazione all'HIV/Aids. Bisogna quindi partire da un orientamento a lungo termine, da processi regolari di feed-back sulla base della realizzazione di valutazioni che integrano discussioni realizzati con gruppi specifici e contatti mirati con persone non esperte.

Riassunto

La popolazione deve essere coinvolta per permetterle di riconoscere il suo vissuto nei messaggi di prevenzione e nel discorso sull'HIV/Aids. Pensiamo anche che si dovrebbero sviluppare nuovi indicatori che consentano di misurare l'impatto delle future campagne per poterle poi governare. Sono necessari degli indicatori per rispondere non solo ai fattori di *prezzo* e *promozione* legati al marketing-mix. Devono essere considerati inoltre anche gli indicatori relativi al *prodotto*, al *luogo* e al *pubblico*.

Per sostenere il messaggio di politica della salute e tener conto degli aspetti legati al marketing, è auspicabile che il funzionamento del gruppo attuale di accompagnamento (il Kreativ-Team) che ha seguito lo sviluppo delle campagne sia rivisto. Questo gruppo deve essere più variato e, soprattutto, deve garantire uno scambio che permetta di mantenere una relazione con le dinamiche sociali in cambiamento. In questo modo, sarebbe possibile spezzare regolarmente quelle dinamiche di chiusura che sono conosciute in gruppi di lavoro di questo genere.

In generale, e in conclusione, possiamo sottolineare che un rinnovamento e un approfondimento del posizionamento della campagna Stop-Aids risulta necessario per poterle permettere di restare efficace in futuro.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	I
Zusammenfassung	III
Résumé	VII
Riassunto	XI
1. Einleitung	1
2. Gegenstand, Kontext und vier Fragestellungen der Analyse	3
2.1. Der Gegenstand der Analyse	3
2.3. Kontextuelle Analyse	3
2.3 Die phänomenologische Einbettung des Gegenstandes der Analyse	5
2.4 Vier praxisorientierte Fragestellungen der Analyse	11
3. Grundlagen der Analyse	12
3.1 Wissenssoziologischer Ansatz mit drei Wissenskontexten im Rahmen kampagnenrelevanter Dimensionen	12
3.2 Der Social-Marketing-Ansatz	20
3.3 Persuasiver Staat	23
3.4 Kontextuelle Schnittstellen	25
4. Methode	28
4.1 Sekundäranalyse	28
4.2 Interviews mit Schlüsselpersonen	28
4.3 Diskursive Treffen	29
4.4 Exemplarische Fokusgruppengespräche	29
4.5 Triangulation der Informationen	30
5. Prävention durch Kampagnen – Ergebnisse der Analyse	32
5.1 Die Ziele der Kampagnen	32
5.2 Die Botschaften der Kampagnen	38
5.3 Die Form der Kampagnen	42
5.4 Die Organisation der Kampagnen	46

6. Generelle Folgerungen	51
Anhänge	58
Anhang 1: Zum diskursiven methodischen Vorgehen	58
Anhang 2: Der Marketing-Mix der HIV/Aids-Präventionskampagnen des Bundes – ein Vorschlag	61
Anhang 3: Was sind Fokusgruppen ?	65
Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida	66
Anhang 5: Interviewleitfaden	123
Liste des Cahiers de l'IDHEAP déjà parus	131

Strategien nachhaltiger Bevölkerungs- information

Eine Analyse der Stop-Aids- Präventionskampagnen des Bundesamtes für Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Social Marketing

1. Einleitung

Mit der Social-Marketing-Analyse wird herausgearbeitet, was es bedeutet, Kampagnenstrategien zu entwickeln, auf Nachhaltigkeit zu setzen und Bevölkerungsinformation als staatliche Gesundheitsinstitution zu leisten.

Die Analyse fokussiert die Kampagnentätigkeit im Bereich HIV/Aids. Wir sind uns bewusst, dass damit nur ein Teil der Gesamtaktivitäten im Bereich HIV/Aids des Bundes analysiert werden kann. Die Kampagnen haben in diesem Gesamtpaket HIV/Aids des Bundes jedoch eine wichtige Stellung (Bundesamt für Gesundheit 1999). Ihre Wirkung geht über die Bevölkerungsinformation hinaus. Sie besteht in der Unterstützung weiterer Aktivitäten im Bereich von HIV/Aids durch die Schaffung und Sensibilisierung einer breiten Öffentlichkeit für die wichtige Thematik.

Darüber hinaus legitimiert die nachhaltige Wirkung der Stop-Aids-Kampagnen den Bund, in Fragen der Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung im Dienste der Gesamtbevölkerung aktiv zu sein und zu bleiben (Figur 1 auf der nächsten Seite). Dazu gehören die Handhabung und Förderung einer innovativen Auslegung des Epidemiengesetzes (Somaini 1994). Mit anderen Worten, der Nimbus der Stop-Aids-Kampagnen hat weitergehende Wirkung, als nur jene auf die Gesamtbevölkerung².

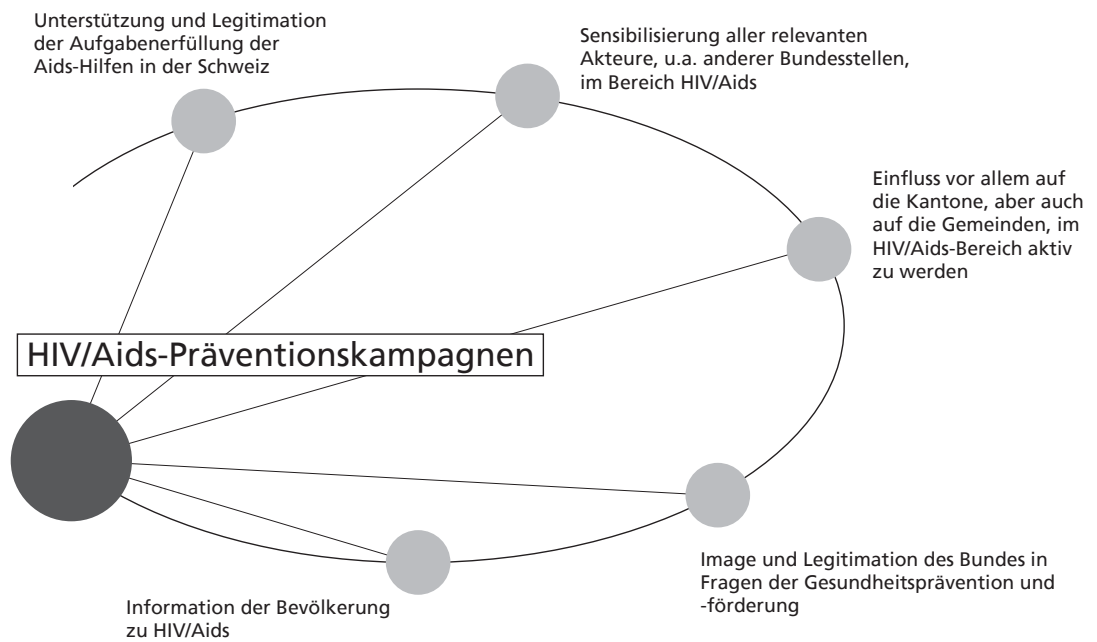
In der Analyse tragen wir dem Nimbus und damit der Gesamtwirkung der Stop-Aids-Präventionskampagnen Rechnung, indem wir während der Forschung und Realisierung der Empirie die Kampagnen eingebettet in die gesamte Gesundheitspolitik des Bundes zu Fragen von HIV/Aids betrachtet haben.

Der vorliegende Analysebericht konzentriert sich letztlich dennoch auf die Stop-Aids-Präventionskampagnen.

² Der Nimbus ist ein Konzeptionsbegriff, der sich speziell für Marketing- und Kampagnenanalysen eignet (vgl. Stemmler 1996).

1. Einleitung

Figur 1: Nimbus der Stop-Aids-Kampagnen



2. Gegenstand, Kontext und vier Fragestellungen der Analyse

Wenn es darum geht, Stop-Aids-Kampagnen der letzten 15 Jahre zu evaluieren, dann scheint schnell gegeben zu sein, diese allein als Gegenstand der Analyse zu betrachten. Die Marketingspezialisten, die sich strategischen Fragen zuwenden, warnen jedoch immer wieder vor solchen vorschnellen Schritten (Kotler 1991, Ries und Trout 1999, Baker 1999, Stemmler 1996). Sie betonen, dass die Einbettung eines Unternehmens, eines Projektes oder eben einer Kampagne in übergeordneten Zusammenhänge bei der Gegenstandsbestimmung mitberücksichtigt werden muss. Erst dann ist es möglich, die so genannten richtigen Fragen im Marketing zu stellen, um nach neuen Lösungen zu suchen (Burla 1992).

2.1. *Der Gegenstand der Analyse*

In der Analyse haben wir Phänomene der Thematik HIV/Aids in die Gegenstandsbestimmung einfließen lassen und sie folgendermassen definiert:

Der Gegenstand der Analyse in einem weiteren Sinne ist HIV/Aids im Hinblick auf die Bevölkerung (Risiko einer Infektion des einzelnen Bürgers durch den HI-Virus). Im engeren Sinne formuliert, besteht der Gegenstand der Analyse in Strategien nachhaltiger Bevölkerungsinformation (gesundheitpolitische Präventionsaufgaben des Bundes).

2.3. *Kontextuelle Analyse*

Bei der Strategie-Entwicklung, der Planung und der Realisierung einer Kampagne geht es im Wesentlichen darum, „vom sinnlichen Eindruck zu einem symbolischen Ausdruck“ zu gelangen, wie dies etwa Habermas zur Symbolik der Sinneswahrnehmung ausdrückt (Habermas 1997). Eine Kampagne im Dienste der Bevölkerung baut auf einer Symbolsprache für deren Adressaten auf, die sich einerseits aus einprägsamen Schlüsselbildern und andererseits aus kurzen und griffigen Schlüsselbotschaften zusammensetzt. Dabei ist weniger die Kampagne als solche wichtig, als vielmehr ihre Wirkung auf die Adressaten. Letztlich geht es in unserem Falle um die Überzeugung der Bevölkerung und des Einzelnen,

2. Gegenstand

sich vor HIV/Aids schützen zu müssen. Und dies als Risikowertigkeit über alle Sehnsüchte, Beziehungswünsche, Emotionen und sexuellen Triebe hinaus.

Die Kampagnen müssen also, wenn sie erfolgreich sein wollen, Glaubenssätze in der öffentlichen Meinung und der Bevölkerung sowie damit von Medienexperten und Laien hinterfragen. Wenn notwendig und angebracht, müssen diese Glaubenssätze in ihrer Bedeutung gestürzt werden, ohne den Diskurshorizont lebensweltlicher Zusammenhänge zu verlassen (vgl. auch Martens 1975).

Die Bevölkerung sieht sich insgesamt mit einer HIV/Aids-Thematik konfrontiert, die seit den 80er Jahren weltweit plötzlich als eine Krankheit in Form einer Epidemie und Pandemie erkannt wurde. Was ist in der Zwischenzeit geschehen? Wie hat sich diese Thematik im kollektiven Bewusstsein der Bevölkerung entwickelt? Welche Überzeugungen hat die Welt der breiten Bevölkerung gewonnen und welche Konsequenzen gezogen? Welche Aktivitäten und Massnahmen hat die Expertenwelt eingeleitet? Welche aktuellen Erkenntnisse hat die Wissenschaft? Welchen Einfluss konnten Bundesstellen, die sich Präventionsfragen annehmen, mit ihrer Bevölkerungsinformation ausüben? Solche Fragen gilt es in einer Analyse der Stop-Aids-Kampagnen des Bundes zu beantworten.

Für den Gegenstand geeignet, erweist sich eine so genannt kontextuell ausgerichtete Analyse – durchaus im Sinne des oben erwähnten Verweises auf das strategische Marketing. Bei einer kontextuellen Analyse werden wichtigste Bezüge des Gegenstandes ausgemacht. Zu den relevanten Kontexten bzw. Zusammenhängen werden theoretische Grundlagen erarbeitet, ein adäquates Analyseraster entwickelt, methodisch-systematische Überlegungen angestellt, die Empirie organisiert und durchgeführt sowie eine praxisrelevante Auswertung/Synthetisierung der Informationen und Daten vorbereitet und letztlich in einem Bericht festgehalten.

Für die vorliegende Studie ist bei der Synthese der erhaltenen Informationen und Daten die sozialwissenschaftliche Argumentation handlungsleitend; angereichert im Speziellen durch den Social-Marketing-Ansatz (vgl. Kapitel zu den Grundlagen der Analyse). Die Auswertung der Gesamtwirkung von Kampagnen orientiert sich vordringlich an sinnlichen Phänomenen der Wahrnehmung und damit an Wertigkeiten derselben in der Bevölkerung. Es geht darum, ob und wie Kampag-

2. Gegenstand

nen durch die Gesamtheit sowie durch Teile der Bevölkerung im Speziellen wahrgenommen werden.

Im Folgenden werden die bei der Reflexion fokussierten Phänomene im Zusammenhang mit HIV/Aids beschrieben. Dabei fassen wir in der Analyse den Begriff „Phänomen“ als eine Erscheinung, als ein sinnlich Wahrnehmbares und/oder als eine Erkenntnis, die auf dahinterliegende Bedeutungen des Wahrgenommenen hinweist (Spiegelberg 1971, Blumer 1969).

Im strategischen Marketing spricht man in diesem Zusammenhang von einer so genannten Standortbestimmung, die eine Voraussetzung zur Planung, Benennung und Einleitung von Massnahmen überhaupt darstellt. Im vorliegenden Bericht entspricht die phänomenologische Einbettung des Gegenstandes der Analyse einem Versuch einer aktuellen Standortbestimmung der Stop-Aids-Kampagnen des Bundesamtes für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Aids-Hilfe Schweiz.

2.3 Die phänomenologische Einbettung des Gegenstandes der Analyse

Das Phänomen der Aids-Epidemie, ausgelöst durch das HI-Virus, und die HIV/Aids-Thematik, in der medialen Öffentlichkeit seit den 80er Jahren weltweit bekannt, sind mit zahlreichen Querverbindungen zu Moral und Politik, aber auch mit Irrationalitäten verknüpft. All diesen multiplen Aspekten müssen Kampagnen grundlegend und fortwährend Rechnung tragen. Im Folgenden wird auf relevante Phänomene, die den Gegenstand der Analyse und damit den Erkenntnisprozess begleiten, hingewiesen.

Die Benennung weiterer Phänomene, die mit HIV/Aids als Phänomen und Thematik eng im Zusammenhang stehen, erhebt weder den Anspruch auf Vollständigkeit, noch den Anspruch auf eine systematische Begründung. Dies hätte den Rahmen der vorliegenden Analyse gesprengt. Die Benennung erfolgt vielmehr in beschreibender Art und Weise. Zusätzlich werden erste offene Fragen für zukünftige Stop-Aids-Kampagnen formuliert (vgl. Kapitel Ergebnisse).

2. Gegenstand

2.3.1 Das Phänomen von drei Phasen des Auftretens von HIV/Aids

Das HI-Virus, mit all seinen gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen und vor allem im Hinblick auf Massnahmen gegen seine Ausbreitung, hat mindestens drei Phasen durchlaufen (Cattacin 1999):

- Die erste Phase besteht in der Bedrohung durch Aids, speziell von Homosexuellen und von intravenös Drogen konsumierenden Personen. Stichworte sind zum Beispiel: Ausbruch der Krankheit Aids mit zahlreichen und baldigen Todesfällen; Bildung von Pionierorganisationen (u.a. auch durch Betroffene); Lancierung erster Aids-Projekte durch das BAG; Prominente, wie der Journalist André Ratti, stehen öffentlich zu ihrer Ansteckung; Planung einer breit angelegten Bevölkerungsinformation.
- Die zweite Phase kann mit einer breiten Bevölkerungsinformation und einer Systematisierung aller Aktivitäten im HIV/Aids-Bereich umschrieben werden. Stichworte sind zum Beispiel: Gewinnung eines gesundheitspolitischen Konsens in der Schweiz; Bildung eines Kreativ-Teams und Lancierung der Stop-Aids-Kampagnen durch das BAG in Zusammenarbeit mit der Aids-Hilfe Schweiz; die Kampagnen flankierende und innovative Massnahmen gegen Aids durch den Bund, die Kantone, die Gemeinden und durch private Organisationen; Normalisierung im Sinne einer Systematisierung von organisatorischen Reaktionen auf das Auftreten von HIV und Aids.
- Die dritte Phase geht einher mit einer reflexiven Normalisierung der Epidemie in der Risikogesellschaft. HIV/Aids wird Teil des Risikobewusstseins in der Bevölkerung. Stichworte sind zum Beispiel: Fortschritte in der medizinischen Forschung und Therapie; Chronifizierung des Krankheitsverlaufs bei HIV-Betroffenen; Etablierung der HIV/Aids-Thematik in der Öffentlichkeit; Programm des BAG 1999 bis 2003; die weitere Vorherrschaft einer Pandemie, vor allem in Teilen Afrikas; Erneuerung der HIV/Aids-Bevölkerungsinformation im Kontext einer Risikogesellschaft.

2. Gegenstand

2.3.2 Das Phänomen der individuellen Verdrängung des Risikos von HIV/Aids

HIV/Aids als Phänomen und Thematik einer lebensbedrohenden Krankheit bzw. eines Gesundheitsrisikos, löst vielfältige Emotionen aus. In den Stop-Aids-Kampagnen wurde nach Aussagen von Experten über Jahre hinweg bewusst eine so genannte „Kondombotschaft“ lanciert (cR/DDB 1999). Damit sollten auf Angst basierende Kampagnen verhindert werden, die niemandem einen Nutzen gebracht hätten. Das Thema HIV/Aids sollte vielmehr pragmatisch angegangen werden. In der Folge wurde die öffentlich inszenierte Motivation zum Gebrauch des Kondoms der individuellen Verdrängung des Risikos, vom HI-Virus infiziert zu werden, entgegengestellt.

2.3.3 Das Phänomen der Solidarität als individuell freiwilliger Wert auch im Falle von HIV/Aids

Staatlich unterstützte und gesteuerte Kampagnen unterliegen schnell einer gewissen moralischen Konnotation. Damit einher geht jedoch nicht immer die Freiheit des Individuums. Im Zusammenhang mit dem HIV/Aids-Risiko kann vernünftigerweise angenommen werden – trotz aller Irrationalitäten der Thematik –, dass sich Menschen nicht bewusst in Gefahr bringen wollen. Damit erhalten Hinweise der Stop-Aids-Kampagnen auf die Selbstverantwortung im Schutzverhalten spezielles Gewicht.

2.3.4 Das Phänomen einer gebrochenen Solidarität im Falle von HIV/Aids

Die Stop-Aids-Kampagnen haben immer wieder an die Solidarität mit Betroffenen appelliert. Diese Solidarität ist brüchig geworden, seit der Diskurs in der medialen Öffentlichkeit hin zur Chronifizierung der Krankheit und hin zur afrikanischen Zuspitzung der Epidemie/Pandemie eine Verschiebung erzeugt hat, die das ursprüngliche Verständnis von Solidarität in Fragen von HIV/Aids relativiert. Die Stop-Aids-Kampagnen stehen also hinsichtlich der Solidarität mit Betroffenen vor neuen Herausforderungen – und zwar in hemmender und in fördernder Weise (vgl. Kapitel Ergebnisse der Analyse).

2. Gegenstand

2.3.5 Das Phänomen der Solidarität der Bevölkerung im Falle von Betroffenheit durch HIV/Aids

Die Frage der Betroffenheit in punkto HIV/Aids ist nicht einfach gegeben. Mit dem deutlich abnehmenden Gewicht der Aids-Epidemie in der Schweiz – auch wenn aktuell vor zunehmenden Neuinfektionen gewarnt wird –, ist in der Öffentlichkeit eine neue Situation der Betroffenheit entstanden. Experten sprechen davon, dass eine so genannte Primärbetroffenheit, wie in den Anfangszeiten des Auftretens von HIV/Aids, weg ist. Hier stellt sich die offene Frage, wie in der Öffentlichkeit Betroffenheit auf neue Art und Weise erzeugt werden kann (vgl. Kapitel Ergebnisse der Analyse).

2.3.6 Das Phänomen der Ausblendung des Risikos von HIV/Aids in der Öffentlichkeit

HIV/Aids erhält nach Aussagen von Experten in den Medien heute primär Aktualität, wenn es um Fragen der medizinischen Forschung und der Situation in Afrika geht. Die offene Frage stellt sich demnach, welches Risiko eine HIV-Infektion für die Schweizer Bevölkerung bzw. für den einzelnen Bürger heutzutage darstellt (vgl. Kapitel Ergebnisse und Anhang).

2.3.7 Das Phänomen der etablierten öffentlichen HIV/Aids-Thematik

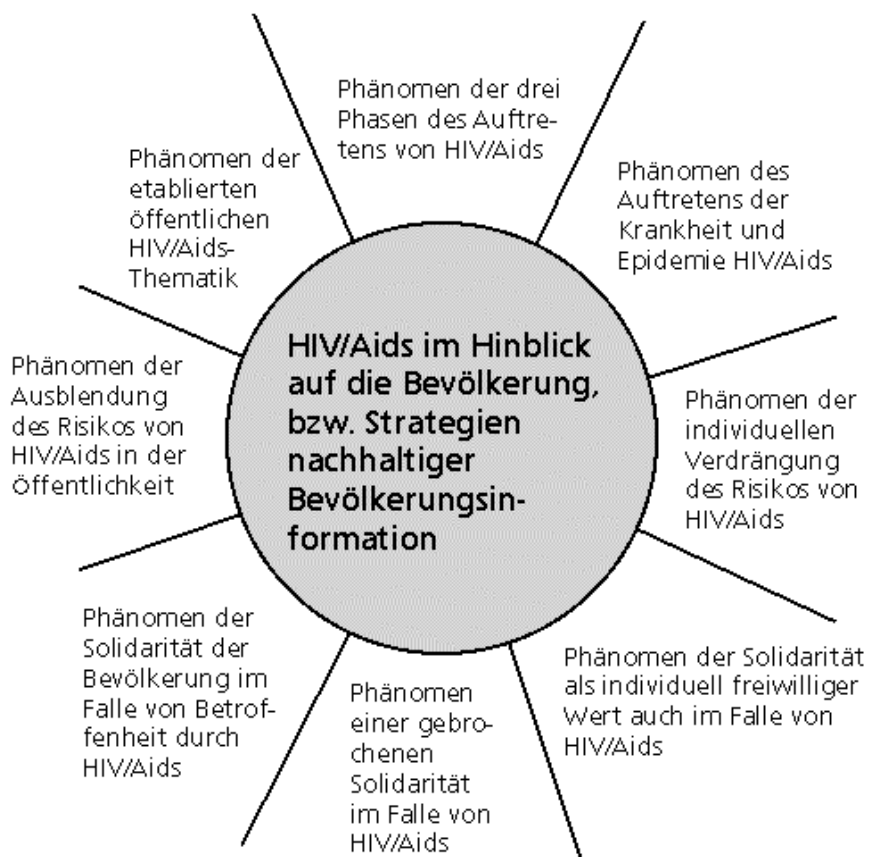
In den Medien kann eine deutliche Verschiebung der Berichterstattung über das Schutzverhalten gegenüber HIV/Aids hin zu Fragen der Chance von Therapien im Falle von HIV/Aids festgestellt werden (vgl. Kapitel Ergebnisse und Anhang).

Schlussfolgernd zur aktuellen Situation rund um HIV/Aids und als Standortbestimmung der Stop-Aids-Kampagnen kann festgehalten werden, dass es, phänomenologisch betrachtet, HIV und Aids nicht nur – aber auch – in Afrika gibt und dass die medizinischen Fortschritte nach wie vor noch nicht zu einem eigentlichen Durchbruch verholfen haben. Es gibt für die Bevölkerung sowie für Betroffene weder eine Impfung noch eine Pille, die das HI-Virus im Voraus abwendet oder dessen Wirkung definitiv unterbindet.

2. Gegenstand

Nachfolgend ein Überblick zur phänomenologischen Einbettung des Gegenstandes der Analyse.

Figur 2: Phänomenologische Einbettung des Gegenstandes der Analyse



2. 4 Vier praxisorientierte Fragestellungen der Analyse

In der Analyse wird aufbauend auf der phänomenologischen Einbettung des Gegenstandes der Analyse die Schlüsselfrage behandelt, ob und wie der Analysegegenstand HIV/Aids im Hinblick auf die Bevölkerung bzw. Strategien nachhaltiger Bevölkerungsinformation mit den Stop-Aids-Kampagnen thematisiert wird. Dazu dienen die folgenden vier abgeleiteten und praxisorientierten Fragestellungen:

- Wurden die Ziele der Stop-Aids-Kampagnen erreicht und wie müssen diese, falls überhaupt, in Zukunft angepasst werden?
- Haben sich die Botschaften bisheriger Stop-Aids-Kampagnen bewährt und wie sind diese weiter zu entwickeln?
- Hat sich die bisherige Form der Realisierung der Stop-Aids-Kampagnen bewährt und wie ist diese weiter zu gestalten?
- Hat sich die bisherige Organisation der Stop-Aids-Kampagnen bewährt und wie soll diese in Zukunft konzipiert sein?

3. Grundlagen der Analyse

Die vorliegende Analyse, wie schon darauf hingewiesen, baut grundsätzlich auf einer sozialwissenschaftlichen Argumentation auf. Die durch den Diskurs und die Sekundäranalyse erhobenen Informationen und Daten der Empirie werden einem wissenssoziologischen Denkansatz mit drei praxisrelevanten Dimensionen von öffentlichkeitswirksamen Gesundheitskampagnen gegenübergestellt (vgl. Abschnitt 3.1). Dabei orientiert sich diese Gegenüberstellung an zwei Perspektiven: einerseits an der Perspektive des Social Marketing mit dem Praxisinstrument des Marketing-Mix mit fünf Präventionsfaktoren von Gesundheitskampagnen (Abschnitt 3.2), andererseits an der Perspektive der Reflexion der Funktion des Staates in der heutigen Informations- und Wissensgesellschaft (Abschnitt 3.3).

Das Ziel der vorliegenden Analyse besteht in Ergebnissen, die dem Bundesamt für Gesundheit den gesundheitspolitischen Diskurs mit Vertretern der Expertenwelt und der Wissenschaft, aber auch mit der Bevölkerung in der HIV/Aids-Thematik erleichtern. Letztlich geht es um optimale mediale Umsetzungen von gesundheitlichen Botschaften, die mit dem Marketing-Instrument von Kampagnen eine nachhaltige Wirkung auf das Handeln und Verhalten von Bürgern entfalten. Zur Erreichung dieses Ziels werden sieben kontextuelle Schnittstellen vorgeschlagen, die als Schlüsselmodell der Analyse, der Empirie sowie der Synthetisierung deren Ergebnisse fungieren. Die sieben Schnittstellen des Modells bauen primär auf dem wissenssoziologischen Denkansatz auf und entfalten ihren Nutzen vor allem im Zusammenhang mit der Know-how-Produktion in punkto zukünftiger Stop-Aids-Kampagnen bzw. von Gesundheitskampagnen des Bundes (Abschnitt 3.4).

3.1 Wissenssoziologischer Ansatz mit drei Wissenskontexten im Rahmen kampagnenrelevanter Dimensionen

Grundsätzlich wird in der Analyse zwischen drei Wissenskontexten unterschieden, die für die Praxis von Kampagnen ins Spiel kommen: das Laienwissen der breiten Bevölkerung, das Expertenwissen und die Wissenschaft. Damit wird ein

3. Grundlagen der Analyse

soziologisches Phänomen berücksichtigt, das bei Kampagnen eine Schlüsselrolle einnimmt: „The man as theorizer“ bzw. „Der Mensch als Theorienbildner“.

Das Phänomen des Menschen als Theorienbildner spiegelt den Zusammenhang, dass das Denken die Wahrnehmung beeinflusst und die Wahrnehmung das Denken (Austin 1975, Dechmann 1977 und 1978, Hewitt 1979). Grundsätzlich liefert die präzise Benennung eines Objektes eine Richtlinie für das Handeln (Strauss und Corbin 1996, Austin 1975, Glaser und Strauss 1967). Heute wird in diesem Zusammenhang auch von der so genannten Soziologie des Expertentums gesprochen (Luhmann 1997, Baumann 1995 und 1997).

Die Soziologie des Expertentums erhält im Zusammenhang mit Fragen zum Dienstleistungsmanagement und Dienstleistungsmarketing zunehmende Bedeutung. Dies nicht zuletzt auf Grund von kritischen Medienberichten über das Zusammenspiel von Wissenschaft, Experten und Laien. Darüber hinaus werden ebenfalls die so genannten neuen Steuerungsmodelle der Verwaltung in den Medien thematisiert. Oder, mit anderen Worten, die Autorität der Wissenschafts-, und Expertenwelt steht auf einem nicht zu unterschätzenden öffentlichen Prüfstand. Mit der Expertenwelt und den so genannten Not-for-Profit-/Non-Governmental-Organizations sowie staatlichen Institutionen wird mittlerweile auch vom Risiko eines „funktionalen Dilettantismus“ gesprochen, der unter anderem die Effekte von Sozial- und Gesundheitspräventionen unterlaufen kann (Bruhn und Meffert 1998, Lehmann 1995, Stemmler 1996, Seibel 1992, Baptiste 1996 und 1990).

Den Zusammenhängen des Sozial- und Gesundheitsbereichs als Dienstleistungsbereich ist in den Stop-Aids-Kampagnen im Zusammenhang mit allen weiteren Präventionsmassnahmen des Bundes und von Aids-Hilfe-Organisationen in Zukunft vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken. Speziell die umfänglich abnehmende Berichterstattung der HIV/Aids-Thematik in den Medien wird das Bundesamt für Gesundheit und alle Aids-Organisationen in Zukunft noch mehr fordern als bisher.

Das Wissen über die und von der Gesellschaft und ihren Gesellschaftsmitgliedern; die Alltagssorgen der Bevölkerung; die Veränderungen in Politik, Wirtschaft und Kultur; das Erfahrungswissen mit Kampagnen; das Wissen über Ergebnisse

3. Grundlagen der Analyse

durchgeführter Evaluationen; die wissenschaftliche Forschung in punkto Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung bilden ein Gefüge, das sich permanent verändert. Die vorgenommene Analyse setzt hier Zeichen und liefert einen Beitrag, intendierte Strategien der Gesundheitskampagnen des Bundesamtes für Gesundheit auf einer sozialwissenschaftlich durchdachten Grundlage zu eruieren.

Bei der Analyse der drei Wissenskontexte kommen methodologisch drei kampagnenrelevante und somit praxisrelevante Dimensionen als Rahmen ins Spiel (aufbauend auf Goffman 1976). Die drei Dimensionen bilden ein praxistheoretisches Fundament für die Analyse, im Speziellen von Gesundheitskampagnen (Kotler und Roberto 1991, Gosejacob-Rolf et al. 1998, vgl. auch Abschnitt Social-Marketing-Ansatz). Sie können folgendermassen beschrieben werden:

- die ethische Dimension und damit das zielgerichtete Wirken mit Präventionskampagnen;
- die voluntaristische Dimension und damit Fragen der aktiven Formung von Verfahren im Zusammenhang mit Präventionskampagnen;
- die Dimension der Kampagnensteuerung und damit die Nutzung des strategischen Handlungsmomentes bei der Lancierung von Präventionskampagnen.

Diese drei Dimensionen bilden für die sozialwissenschaftlich ausgerichteten Evaluatoren des vorliegenden Analyseauftrages des BAG ein handlungsrelevantes Fundament zur Aufnahme und Durchführung des Diskurses, der Empirie, der Sekundäranalyse sowie der Synthetisierung der Ergebnisse.

3.1.1 Dimensionen als Rahmen der Analyse

Die *ethische Dimension* als erste Rahmenbedingung der Analyse ist eine Frage des Selbst bzw. der Identität (the self) und des individuellen Handelns. Ethik entspringt der Perspektive, dem Bewusstsein und des Handelns des Menschen aus innerer Überzeugung heraus. Das Selbstbild, die Selbstkonzeption und die Selbstansprüche werden thematisiert (Habermas 2001, Baptiste 1998, Hewitt 1979, Blumer 1969).

3. Grundlagen der Analyse

Mit der Ethik ist die Nachhaltigkeit von Massnahmen gegen HIV/Aids eng verbunden. Eine Verhaltensänderung liegt dann vor, wenn ein einzelner aufgrund seiner Bereitschaft, seiner Betroffenheit, seines Wissens oder seiner inneren Wertigkeit bereit ist, sein sexuelles Verhalten im Sinne der Empfehlungen des Schutzes gegen HIV/Aids zu ändern. Dementsprechend umfasst die ethische Dimension Fragen rund um Selbstverantwortung, Gewissen, Verantwortungsgefühl gegenüber anderen und damit rund um Solidarität.

Die ethische Dimension ist ein Indikator, eine Messgrösse und ein Ergebnis der Wirkung zielgerichteter und damit strategischer Massnahmen gegen die Verbreitung von HIV/Aids.

Die *voluntaristische Dimension* als zweite Rahmenbedingung der Analyse ist eine Frage des Gegenübers, des anderen (the other) und der Gesellschaft. Mit dem Voluntarismus kommen Wünschbarkeiten, Beobachtungen, Einschätzungen und Bewertungen zum Denken und Handeln bzw. Verhalten der Individuen oder von mehreren Individuen durch Präventionsexperten des Staates ins Spiel (Habermas 2001, Luckmann 1998, Baptiste 1998, Hewitt 1979, Blumer 1969, vgl. auch Abschnitt zum persuasiven Staat). Dazu gehören zum Beispiel Zielpublika der Stop-Aids-Kampagnen sowie die Gesamtbevölkerung.

Mit der voluntaristischen Dimension ist die Bevölkerungsinformation über Massnahmen gegen Aids und sind damit zahlreiche Verfahren der Bekämpfung von Aids eng verbunden. Anders als in der Pionierzeit der ersten Aidstoten und Aufklärungsmassnahmen durch Erstbetroffene, wie zum Beispiel der Homosexuellen, liegt heute die Bevölkerungsinformation in Sachen HIV/Aids in den Händen des Staates beziehungsweise des Bundesamtes für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Aids-Hilfe Schweiz. Damit erzeugt die Information schnell moralische Reaktionen in der Bevölkerung. Der Staat ist eine gesellschaftliche Institution und steht für Regeln, Normen und Gesetze. Er wird nach wie vor weniger mit Motivation und Anspornung zur Verhaltensänderung in Verbindung gebracht.

Mit der voluntaristischen Dimension, die sich auf die aktive Formung von Verfahren bezieht, wird vor allem die epidemiologische Verbreitung von Aids beziehungsweise deren Eindämmung durch Präventionsmassnahmen thematisiert.

3. Grundlagen der Analyse

Die *Dimension der Kampagnensteuerung* als dritte Rahmenbedingung der Analyse ist im Falle des Bundesamtes für Gesundheit eine Frage des persuasiven Staates beziehungsweise von Strategien der Politik und deren verantwortlichen Mitarbeitenden der Exekutive. Der Staat soll Massnahmen im Zusammenhang mit der Motivierung zum Schutz vor HIV/Aids ergreifen, planen und realisieren (Bundesamt für Gesundheit 1999).

Für die Kampagnensteuerung ist Know-how zu folgenden drei Wissenskontexten notwendig (vgl. im Detail nachfolgender Abschnitt):

1. bezogen auf die Welt der Laien bzw. der Bevölkerung und ihren Ängsten vor dem Risiko, an HIV/Aids zu erkranken (Laientheorien);
2. bezogen auf Experten in Fragen von HIV/Aids, Prävention und Kampagnen (Expertentheorien);
3. bezogen auf Wissenschaftler mit epidemiologischem Wissen in Fragen von HIV/Aids bzw. hinsichtlich aktueller Fragen der Forschung und neuester Erkenntnisse sowie der Evaluationen von realisierten Stop-Aids-Kampagnen (wissenschaftliche Theorien).

Mit der Kampagnensteuerung eng verbunden sind Tendenzen der Gesellschaft, Trends im Beziehungsverhalten von Menschen und generelle Wertentwicklungen in der Bevölkerung zur HIV/Aids-Thematik. Generell gilt: Treffen Tendenzen, Trends und Werteentwicklungen der Gesellschaft auf eine situationale „Stärke“ hinsichtlich der Bevölkerungsinformation – zum Beispiel durch eine grosse Betroffenheit in der Bevölkerung durch das Kampagnenthema –, ergibt sich eine Chance für die Verantwortlichen der Kampagnensteuerung. Treffen Tendenzen, Trends und Werteentwicklungen der Gesellschaft auf eine situationale „Schwäche“ hinsichtlich des Themas der Bevölkerungsinformation – zum Beispiel durch eine weitgehende Ausblendung des Kampagnenthemas in der medialen Öffentlichkeit –, besteht eine Gefahr für deren Wirkung oder sogar eine Bedrohung der Erreichbarkeit angestrebter Ziele. Bei der Analyse geht es also darum, Verstärkungs- und Hemmfaktoren im Zusammenhang mit der HIV/Aids-Prävention auszumachen (Hollenstein 2001, Horx und Wippermann 1995, Elser 1991, Olins 1990).

3. Grundlagen der Analyse

Die Dimension der Kampagnensteuerung baut auf der Betroffenheit bezüglich HIV-Positiven, Aidskranken, Aidstoten und deren Hinterbliebenen/Bezugspersonen auf. Dafür stehen Symbolisierungen, wie zum Beispiel die so genannten „Quilts“, die alljährlich vor allem in den USA zum weltweiten Tag der Aidskranken am 1. Dezember die Bevölkerung sensibilisieren; das so genannte „Red Ribbon“, das für Aids-Organisationen steht; sowie der „Teddybär“, der im Zusammenhang mit Spendenaufrufen für an HIV/Aids Erkrankten zur Anwendung kommt.

Weiter positioniert sich das Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Aids-Hilfe Schweiz mit den so genannten „Stop-Aids-Kampagnen“ und einem einprägsamen und mittlerweile bekannten Zeichen eines Kondoms anstelle des „O“ im Wort „Stop“.

Die Dimension der Kampagnensteuerung baut auf Entscheidungen von Experten und Verantwortlichen in Fragen der Effektivität von Kampagnen auf. Diese Entscheidungen können auch mit dem Begriff des strategischen Handlungsmomentes umschrieben werden. Wann soll was, wie und durch wen realisiert werden? Die Umsetzung der Stop-Aids-Kampagnen liegt in den Händen von so genannten Kreativen bzw. der externen Werbeagentur. Damit spielt das Verhältnis von Kampagnenplanern und Kampagnenrealisatoren eine zentrale Rolle. Bei der Kampagnensteuerung wird erst konkret, was im Voraus Politiker, Wirtschaftsvertreter, Kulturträger, Wissenschaftler, Experten und nicht zuletzt so genannte Laien- oder Alltagsmenschen beschäftigt hat (vgl. Sekundäranalyse der HIV/Aids-Evaluationen im Anhang).

Im Zusammenhang mit der Dimension der Kampagnensteuerung steht die Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung für alle Fragen rund um HIV/Aids und seine Folgen. Die Steuerung der Stop-Aids-Kampagnen soll so erfolgen, dass möglichst viele und grosse Kreise der Bevölkerung angesprochen werden (vgl. Bundesamt für Gesundheit 1999).

3.1.2. Drei Wissenskontexte zur Strukturierung der Analyse

Im Folgenden werden drei Wissenskontexte zur Strukturierung der Analyse erläutert. Bei der Theoriebildung, die bei der Strategie-Entwicklung von Kampagnen

3. Grundlagen der Analyse

nen von ausschlaggebender Bedeutung ist, kann zwischen drei Wissenskontexten unterschieden werden. Wichtig im Zusammenhang mit Laintheorien, Expertentheorien und wissenschaftlichen Theorien ist ihre prinzipielle Gleichstellung (Stemmler 1996, Dechmann 1977, Austin 1975, Blumer 1969). Sie sind hierarchisch nicht geordnet, wie es auf den ersten Blick erscheinen mag. Alle drei Theorientypen müssen bei Kampagnen gleichwertig ernst genommen werden. In der Analyse geht es um den Vergleich dieser Theorien, um die Abklärung, welche Argumente ins Feld geführt werden und letztlich um die daraus abzuleitenden Schlussfolgerungen und Synthetisierungen der Ergebnisse.

Die drei Typen von Theorien, die in der Soziologie des Expertentums zum Tragen kommen, sollen hier erläutert werden. Die Erläuterung unterstreicht die Bedeutung dieser drei Wissenstypen für den Prozess der Know-how-Produktion im Zusammenhang mit Strategien zukünftiger Gesundheitskampagnen des BAG.

Laintheorien

Laintheorien sind im Alltag verankert. Sie sind Erklärungen über Alltagserfahrungen von Menschen im weitesten Sinne. Sie definieren die Wirklichkeit. Laintheorien können sehr persönlich gefärbt sein oder durch Mehrheiten von Menschen geteilt werden. Laintheorien über dieselben Zusammenhänge können sich durchaus widersprechen. Sie haben eine Gültigkeit für diejenigen, die sie vertreten und entsprechen ihren Überzeugungen.

Expertentheorien

Expertentheorien kommen immer dann ins Spiel, wenn berufliches Handeln gefragt ist. Die Experten sind nicht als Wissenschaftler zu sehen, sie sind vielmehr aufgrund ihrer Ausbildung dazu in der Lage, in ihrem beruflichen Feld professionell zu denken, zu handeln und Einfluss zu nehmen. Dies kann eine Berufsausbildung sein, ein Diplom einer Fachhochschule oder Hochschule oder ein Professorentitel. Auffallend ist im Präventionsbereich, dass die Spannweite der Interdisziplinarität der Experten gross ist.

Beruflichen Experten wird Kompetenz zugeschrieben. Expertentheorien haben dementsprechend gegenüber Laintheorien ein spezielles Überzeugungsgewicht. Vom Experten wird für sein berufliches Handeln Verantwortung abver-

3. Grundlagen der Analyse

langt. Er steht im Gegensatz zum Laien in der Verpflichtung einer grundsätzlichen Handlungsorientiertheit und damit in einer professionellen Situation, sich das notwendige Know-how zu seiner Expertentheorie anzueignen.

Auch hier gilt: Expertentheorien können sehr persönlich gefärbt sein oder durch Mehrheiten von Menschen geteilt werden. Expertentheorien über dieselben Zusammenhänge können sich wie die Laintheorien durchaus widersprechen. Sie haben eine Gültigkeit für diejenigen, die sie vertreten bzw. drücken ihre professionelle Überzeugung aus. Auf Grund der gesellschaftlichen Rolle von Experten, die zum Beispiel eine Institution vertreten, können gewisse Expertentheorien Priorität erhalten. Sie definieren Erfahrungszusammenhänge mit und erhalten auf diese Weise Gültigkeit für alle diejenigen, die von denselben Zusammenhängen überzeugt oder betroffen sind. Ein weiteres soziologisches Phänomen kommt zum Tragen: Wissen ist Macht (Bachrach und Baratz 1970). Wissen ist mitentscheidend, was von Experten als Wirklichkeit erfahren bzw. von Fachleuten als Wirklichkeit definiert wird.

Wissenschaftliche Theorien

Wissenschaftliche Theorien sind systematisch analysierte und durch die Forschung begründete eigenständige Theorien, Expertentheorien oder Laintheorien. Sie werden ins Feld geführt, wenn eine bedeutsame gesellschaftliche Fragestellung wissenschaftlich genau betrachtet und untersucht sein will.

Im Zentrum steht die Erwartung an Wissenschaftler, dass sie primär an Erkenntnissen orientiert sind und nicht an ihren Interessen oder Werthaltungen. Die Entwicklungen in der Wissenschaftswelt sind geprägt von einem zunehmenden Druck auf die einzelnen Wissenschaftler, Erkenntnisse aus der Praxis und für die Praxis zu gewinnen. Dieser Anspruch zieht heute in der Wissenschaftswelt einen leistungsorientierten Handlungsdruck nach sich. Die zunehmende Wichtigkeit von Evaluationen und praxisbegleitenden wissenschaftlichen Studien weist auf diese aktuelle Entwicklung hin. Die Ergebnisse solcher Studien werden häufig von Experten in Auftrag gegeben und begleiten im Nachhinein ihre berufliche Praxis innerhalb öffentlicher oder privater Institutionen.

Auch hier gilt: Wissenschaftliche Theorien können sehr persönlich gefärbt sein oder durch Mehrheiten von Menschen geteilt werden. Wissenschaftliche Theo-

3. Grundlagen der Analyse

rien werden häufig als so genannter Beweis für die inhaltliche Gültigkeit von Expertentheorien herangezogen. Sie können entscheidend sein, welche Expertentheorien in der Berufswelt und/oder Alltagswelt Priorität erhalten.

Diese Begriffserläuterungen abschliessend sei noch darauf hingewiesen, dass sich selbstverständlich Laien, Experten und Wissenschaftler im Alltag bewegen. Alltagsbezogene Laintheorien kommen dementsprechend bei allen Typen von Akteuren zum Tragen und steigern häufig die Komplexität des Alltags der Bürger in der Gesamtbevölkerung im weitesten Sinne.

3.2 Der Social-Marketing-Ansatz

Der Social-Marketing-Ansatz orientiert sich an Werten der Gesellschaft und der Individuen sowie an speziell anzusprechenden Zielpublika der Bevölkerung. Das Social Marketing bzw. das gesellschaftsbezogene Marketing beschäftigt sich definitionsgemäss mit gesellschaftlichen Entwicklungen, mit dem Einfluss auf die Veränderung von Verhaltensmustern und mit Perspektiven einer besseren Lebensqualität (Kotler und Roberto 1991, 1995, 1999, Baker 1999). Der Social-Marketing-Ansatz, ursprünglich durch Philip Kotler vor mehr als 30 Jahren konzipiert und in der Zwischenzeit durch zahlreiche Marketingexperten weiterentwickelt, geht grundsätzlich von der Überlegung aus, dass Gesundheitspräventionskampagnen auf der Grundlage von ethischen Aspekten reflektiert werden müssen. Erst dann werden sie erfolgreichen Einfluss auf die Veränderung des Verhaltens der Bevölkerung haben.

Bei Gesundheitspräventionskampagnen spielen ethische Aspekte eine grundlegende Rolle. Im Falle von HIV/Aids zum Beispiel die Solidarität im Gesundheitsverhalten; die Solidarität gegenüber HIV- und Aidskranken; das kollektive Bewusstsein der Bevölkerung für übertragbare Krankheiten; das selbstverantwortliche Handeln und Verhalten des Einzelnen sowie die Bereitschaft, Konsequenzen für das eigene, individuelle Gesundheitsverhalten zu ziehen.

Die Schlüsselhypothese im Social Marketing lautet wie folgt: Werden ethische Aspekte zu wenig bedacht, kann es sein, dass die Kampagne nicht greift oder sogar gegenteilige Effekte erzeugt. In solchen Fällen widerlegt sich eine Gesundheitskampagne selbst. Dies würde bedeuten, dass sich die Bevölkerung

3. Grundlagen der Analyse

nicht ernst genommen, falsch informiert oder nicht angesprochen fühlt. Dies zieht politische Konsequenzen nach sich, die den Sinn und Zweck von Gesundheitspräventionskampagnen des Staates langfristig in Frage stellen. Damit könnte ein persuasives Instrument des modernen Staates verloren gehen (Willke 1997).

3.2.1 Der Marketing-Mix mit fünf Präventionsfaktoren

Der Marketing-Mix wird immer dann eingesetzt, wenn es darum geht, dass an alle wichtigen Zusammenhänge, in denen sich Organisationen befinden, bei der Werbung oder in Informationskampagnen gedacht werden soll bzw. dass nichts Wichtiges vergessen geht. Die fünf organisatorischen Marketing-Mix-Faktoren sind: Product, Price, Promotion, Place, Public. Sie stellen eine grundlegende Strukturierungshilfe zur Bestimmung des Gegenstandes der Social-Marketing-Analyse dar. Sie erlauben, ein zielgerichtetes Vorgehen zu entwickeln. Oder, wie es sowohl wissenschafts-, als auch praxisorientierte Marketer seit den 20er Jahren hervorstreichen: „Kein Marketing ohne den Marketing-Mix“ (Baker 1999, Ries 1999, Stemmler 1996). Dies gilt auch für das Social Marketing.

Ausgehend vom Marketing-Mix werden zur Gestaltung des methodisch unterstützten Diskurses sowie für die Sekundäranalyse fünf Leitfragen zum vorliegenden Analysegegenstand gestellt. Bei der Analyse der Stop-Aids-Kampagnen gilt es, diese fünf Leitfragen so genannt im Raum stehen zu lassen, bevor zu einer Auswertung von Informationen und Daten der Befragung von Einzelpersonen, Fokusgruppen, Expertengruppen und der Sekundäranalyse geschritten wird. Im Social Marketing geht es nicht einfach um eine Beantwortung der gestellten Marketingfragen, sondern vielmehr um den Diskurs, die Planung, die Strategie, die Entscheidung und die Realisierung folgerichtiger Massnahmen, die für zukünftige HIV/Aids-Präventionskampagnen zu neuen Lösungen führen sollen.

Die Verständlichkeit der fünf Faktoren des Marketing-Mix sind zentral. Sie sollen griffig und in einer allgemein verständlichen Sprache abgefasst sein. Das Wissen und die Erkenntnisse der Experten und der Wissenschaftler sind dabei von immanenter Bedeutung. Solcherartiges Wissen und neue Erkenntnisse erbringen erst ihren erhofften Nutzen, wenn sie durch die so genannten Laien bzw. breite Bevölkerungskreise nachvollzogen werden. Erst dann erhalten sie Gewicht und

3. Grundlagen der Analyse

können zu Verhaltensänderungen animieren. Eine so genannte „Kürze und Würze“ in der Botschaft zu erreichen, gehört übrigens zum Grundanliegen im Marketing der medialen Praxis. Der Marketing-Mix stellt dazu eine wertvolle Hilfe dar.

Auf der Grundlage der fünf Präventionsfaktoren des Marketing-Mix ergeben sich fünf Leitfragen zur Gestaltung des empirischen Diskurses. Ein Vorschlag der Ausgestaltung des Marketing-Mix im Dienste der HIV/Aids-Präventionskampagnen ist im Anhang exemplarisch aufgeführt. Der Vorschlag dient der Analyse, der Durchführung der Empirie und der Synthetisierung der Ergebnisse. Dieser Vorschlag könnte auch bei der definitiven und detaillierten Strategieentwicklung zukünftiger HIV/Aids-Präventionskampagnen dienlich sein.

Die fünf Leitfragen, die als „Roter Faden“ den Diskurs, den Fragebogen der Empirie und die Sekundäranalyse begleiten, lauten:

- Product als Präventionsfaktor von Gesundheitskampagnen:
Welche Empfindungen und Bilder löst HIV/Aids in der Bevölkerung aus?
- Price als Präventionsfaktor von Gesundheitskampagnen:
Wie gross ist der Anteil in der Bevölkerung, der sich vor HIV/Aids konsequent schützt?
- Promotion als Präventionsfaktor von Gesundheitskampagnen:
Welchen Stellenwert haben Massnahmen gegen HIV/Aids in der Bevölkerung?
- Place als Präventionsfaktor von Gesundheitskampagnen:
Welchen Eindruck hinterlassen HIV/Aids-Präventionskampagnen und weitere Massnahmen gegen Aids in der Bevölkerung?
- Public als Präventionsfaktor von Gesundheitskampagnen:
Welche Präsenz hat das Thema HIV/Aids in der Bevölkerung?

Wichtig ist an dieser Stelle herauszustreichen, dass diese fünf Präventionsfaktoren von Gesundheitskampagnen mit den drei beschriebenen Dimensionen als Fundament der Analyse korrespondieren: die Faktoren Product und Price mit der ethischen Dimension; der Faktor Promotion mit der voluntaristischen Dimension; die Faktoren Place und Public mit der Dimension der Kampagnensteuerung.

3.3 *Persuasiver Staat*

Die Analyse von Gesundheits- und Präventionskampagnen der letzten Jahrzehnte, die staatlich initiiert oder sogar selbst realisiert wurden, bedürfen einer speziellen theoretischen Einbettung. Es muss dabei von der Grundfeststellung ausgegangen werden, dass koerzitive Massnahmen an ihre Grenzen geraten sind und sich vermehrt Strategien der Persuasion zur Umsetzung staatlicher Massnahmen aufdrängen (Willke 1992, zu HIV/Aids im Speziellen: Bütschi et Cattacin 1994, Somaini 1994).

Dieser Wandel steht in einem direkten Zusammenhang mit Pluralisierungstendenzen unserer Gesellschaft, die mit Recht dazu führen, dass auch mit zivilem Ungehorsam gegenüber Präventionskampagnen zu rechnen ist, wenn deren Botschaften auf schwachen argumentativen Füßen stehen. Dies ist zum Beispiel bezogen auf Gewalteinsatz häufig der Fall.

Bei einer Analyse von Kampagnen muss diesem Umstand besondere Aufmerksamkeit gezollt werden. Denn nicht nur eine Präventionsbotschaft wird der Bevölkerung mitgeteilt, auch der Produzent der Botschaft, in unserem Falle das Bundesamt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Aids-Hilfe Schweiz, „verkauft“ sich als Institution selbst. Im Falle des Staates ist dieser Umstand besonders problematisch, da zum Beispiel eine unglaubwürdige Kampagne mit Legitimationsverlusten zu „bezahlen“ ist (Bachmann et al. 2002).

Staatstheoretisch relevant ist, dass Kampagnen die Frage der richtigen – im Sinne der staatlich verantwortbaren – Informationen in den Dienst der Bevölkerung stellen müssen. Wenn sich der Staat an die Bevölkerung wendet, dann erwartet der Adressat in einer Demokratie, dass die Aussagen wahr sind und der Gemeinschaft nicht entgegenstehen. Die Aussagen müssen sich im Falle der Gesundheitsprävention an nationaler Solidarität und dem gesundheitspolitischen Konsens orientieren.

Weiter müssen die Botschaften bzw. Aussagen mit den geltenden Normen in Bezug auf die Freiheiten der Bürger und Bürgerinnen in Einklang stehen. Ansonsten wird mit den Aussagen eine nicht erwünschte Nebenwirkung, wie zum Beispiel die Ausgrenzung von HIV/Aids-Betroffenen, erzeugt. Solche demokrati-

3. Grundlagen der Analyse

schen Ansprüche sind insbesondere bei Präventionskampagnen, die das Verhalten beeinflussen möchten und auf den individuellen Umgang mit dem eigenen Körper eingehen, heikel. Sie verlangen einen klaren Bezug zur demokratischen Legitimation der Aussagen. Es braucht unter anderem partizipative Formen der Beteiligung von Bürgern an der Entwicklung der entsprechenden Bevölkerungsinformation (Planungszellen, offene Hearings, Fokusgruppen, Publiforen etc.). Diese Aufforderung gilt auch für staatliche Administrationen, wie dies die demokratische Öffnung von Verwaltungsverfahren im modernen Dienstleistungsstaat intendiert (Habermas 1992).

Solche Überlegungen zum persuasiven Staat gilt es, speziell bei der Strategieentwicklung in Fragen der Beherrschung der Körper durch den Staat, zu berücksichtigen. Mit falsch geplanten Präventionskampagnen können dissidente Bürger schnell in die Illegalität abgleiten (Fehér et Heller 1994).

Über diese Risiken einer persuasiven Politik des Staates hinaus müssen die relevanten gesundheitspolitischen Vorteile im Sinne einer freiheitlich orientierten Demokratie gesehen werden, die durch Präventionskampagnen erzielt werden können. Der persuasive Staat muss von einem vernunftgeleiteten Menschen ausgehen, der über gezielte Informationen quasi zum Kantschen universellen Richter wird. Damit trägt der persuasive Staat dem Zivilisationsprozess Rechnung, der auf mündigen Bürgern aufbaut und ihnen Grundlagen zur Meisterung gesellschaftlicher Komplexität zur Verfügung stellt (Elias 1976).

Mit dem persuasiven Staat werden dementsprechend Schnittstellen zwischen Staat, Gesellschaft, Öffentlichkeit und Bürger thematisiert. Diesen zukunftsweisenden Schnittstellen moderner Gesundheitspolitik wird in der Analyse ein besonderes Augenmerk gewidmet. Bei diesen Schnittstellen kommen immer Akteure und ihr Zusammenwirken ins Spiel, wie zum Beispiel Bürger, Regierung, Öffentlichkeit, Parteien, öffentliche Institutionen, Wirtschaftsunternehmen, Sozialorganisationen, Experten, Wissenschaftler, Medien usw. In einer Wissens- und Informationsgesellschaft, besehen auf die Gesundheitsprävention, wird in der Analyse auf die Wissenschaftswelt, die Expertenwelt und die Laien-/Alltagswelt Wert gelegt (vgl. nächster Abschnitt).

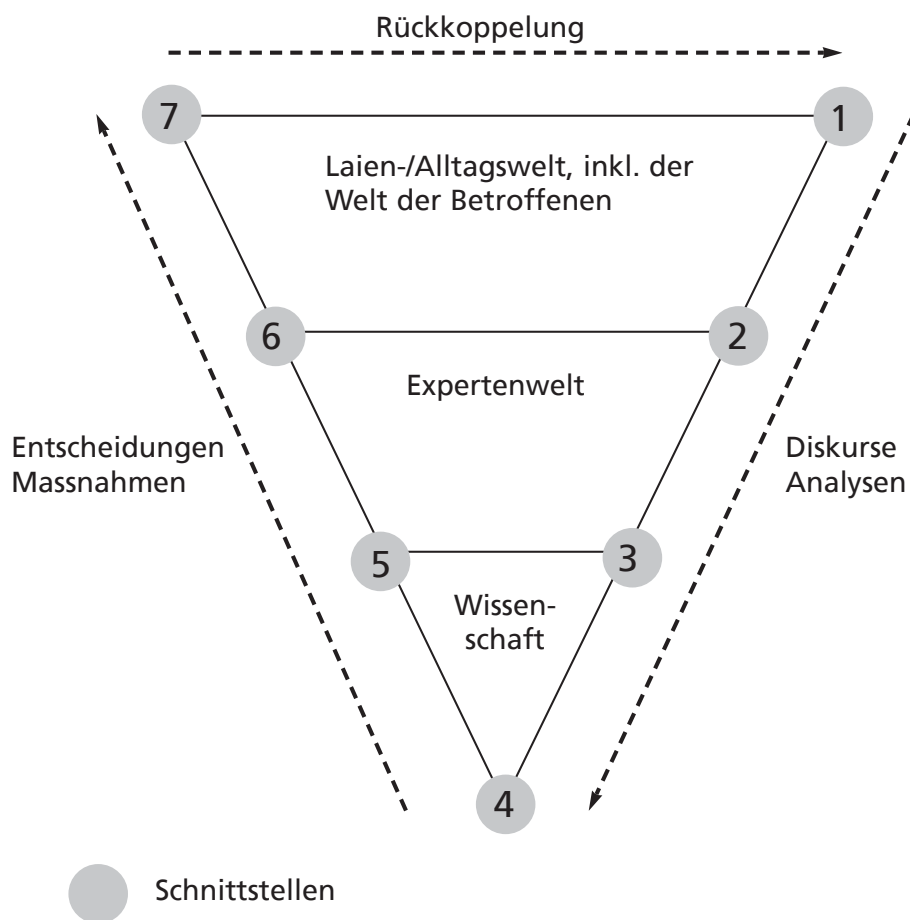
3.4 Kontextuelle Schnittstellen

Die Analyse der kontextuellen Schnittstellen zwischen Staat und Gesellschaft und im Speziellen zwischen den Welten der Laien, der Experten und der Wissenschaft, erlaubt die Konstruktion eines Modells zur Know-how-Produktion. Das Know-how gewinnt in der Wissens- und Informationsgesellschaft zunehmend an Gewicht und so auch das Know-how hinsichtlich der staatlichen Massnahmen der Prävention. Das vorliegende Schlüsselmodell der Analyse ermöglicht, bei der reflexiven Beurteilung von Präventionskampagnen bzw. der Bevölkerungsinformation Stärken und Schwächen zu orten (vgl. Figur 3, nächste Seite).

Mit der Konstruktion von sieben kontextuellen Schnittstellen kann die Synthese der Ergebnisse der Analyse der Stop-Aids-Präventionskampagnen systematisch vorgenommen werden. Die sieben Schnittstellen dienen also einer wissenschaftlichen Orientierung, Kohärenzen von Stop-Aids-Kampagnen zu stärken und deren Ambivalenzen und Inkohärenzen abzubauen.

Je stärker die argumentativen Kontexte – Wissensmodelle, Theorien der Laien, der Experten und der Wissenschaft – miteinander korrespondieren, desto nachhaltiger ist die Wirkung von Präventionskampagnen. Diese Hypothese dient dazu, Empfehlungen aus der Analyse abzuleiten und zu begründen.

Figur 3: Sieben kontextuelle Schnittstellen



Die Schnittstellen 1 bis 4, also die aufsteigende Linie im Schlüsselmodell zwischen der Laienwelt (inklusive der durch HIV/Aids Betroffenen), Expertenwelt und Wissenschaft, dienen der Analyse und den Diskursen der Wissensproduktion. Die Schnittstellen 5 bis 7 in der absteigenden Linie beziehen sich auf Ent-

3. Grundlagen der Analyse

scheidungen über die Ausgestaltung von Massnahmen. Von der Schnittstelle 7 zur Schnittstelle 1 kann von einer Rückkoppelung gesprochen werden. Sie umfasst unter anderem auch wissenschaftliche Evaluationen, deren Ausgestaltung in der Schnittstelle 4 durch Wissenschaftler bestimmt und diskutiert wird. Je systematischer mit den sieben Schnittstellen umgegangen wird, desto vollständiger sind Analysen und Diskurse, die den Entscheidungsträgern für Massnahmen das entsprechende Know-how und damit Entscheidungssicherheiten liefern.

Wichtig im Zusammenhang mit den sieben kontextuellen Schnittstellen ist deren Zusammenspiel. Im Modell sind die drei Welten übereinander dargestellt. Mit dieser bildlichen Darstellung ist keine Hierarchie gemeint, sondern vielmehr die Zuspitzung und die so genannte wissenschaftliche Ausreizung der Informations- und Datenerfassung im Dienste der Gewinnung von Erkenntnissen.

Mit diesen sieben Schnittstellen kann die gezielte Know-how-Produktion in der Informations- und Wissensgesellschaft organisiert, systematisiert und überprüft werden. Die Know-how-Produktion erfordert dabei einen Diskurs unter deren Beteiligten, der nach heutigen Managementerkennnissen quer zu Projekten, Aktivitäten und Massnahmen bzw. quer zu allen ihren Beteiligten organisiert werden soll (Gerber und Gruner 1999, Savage 1997, Sveiby und Lloyd 1995). Diese Managementerkennntnis kann auch für die Gesundheitsprävention bzw. für Kampagnenplanungen genutzt werden.

4. Methode

Die vier Fragestellungen der Analyse wurden hauptsächlich durch am Diskurs orientierte Methoden aufgearbeitet (vgl. Anhang). Es wurden Personen in Form von Einzelinterviews, Expertenrunden und Fokusgruppen involviert. Insgesamt wurden über fünfzig Personen in die Diskussionen und den Diskurs zu den Kampagnen im Bereich HIV/Aids einbezogen. Darüber hinaus wurde eine Sekundäranalyse der bisherigen Evaluationen mit Schwerpunkt Stop-Aids-Kampagnen vorgenommen.

4.1 *Sekundäranalyse*

Die Sekundäranalyse bezog sich auf Evaluationen der Kampagnen und damit auf Daten zur Bevölkerungsmeinung und deren Veränderung. Dabei wurde vor allem die Entwicklung der Interpretationen in der Bevölkerung in den Vordergrund gestellt. Eine eigentliche „Geschichte“ der Meinungsbildung und deren Veränderung wurde dadurch nachgezeichnet, die als eine erste Annäherung an den Erfolg der Kampagnen diente (vgl. Anhang).

4.2 *Interviews mit Schlüsselpersonen*

Interviews mit Schlüsselpersonen aus der Geschichte und aktuellen Praxis der Kampagnenentwicklung wurden geführt. Dabei trafen wir auf Personen aus der Pionierzeit, aber vor allem auf aktuelle privilegierte Beobachter der Kampagnen. Darunter befanden sich auch die eigentlichen „Macher“ der Stop-Aids-Kampagnen.

Die 15 Interviews waren halbstrukturiert und zielten auf die Verwicklung der Befragten in einen differenzierten Diskurs zu HIV/Aids. Die Gespräche an Hand eines im Voraus zugeschickten Fragebogens dauerten in der Regel zwischen zwei und vier Stunden. Dadurch konnten vertiefte Einsichten in die Argumentationen gewonnen werden, die zu wissenschaftlichen Entscheidungen und deren Operationalisierungen geführt haben.

Die Gegenüberstellung von Interviews mit den Pionieren und Interviews mit aktuellen Stakeholders im Prozess der Kampagnenbildung und -realisierung erlaubte, die heutigen Anforderungen an Gesundheitskampagnen und das BAG

4. Methode

als lernende Organisation zu betrachten, aber auch Lernblockaden zu identifizieren. Diese Einsichten ergaben letztlich einen zentralen Ansatz, um Instrumente für die Weiterentwicklung von Präventionskampagnen des Bundes vorzuschlagen (siehe Anhang 5).³

4.3 *Diskursive Treffen*

Mit Entwicklern und Entscheidungsträgern der Kampagnengestaltung wurden drei diskursive Treffen zur Klärung von Inhalten und zur Diskussion von Wirkungen durchgeführt. Dadurch wurde es möglich, die intendierten Strategien auf intersubjektiver Basis zu hinterfragen und das Konsensniveau zu bestimmen. Analyseleitend war die Frage, ob es Unterschiede zwischen individuell intendierten Strategien und intersubjektiv geteilten Meinungen gab. Je besser die Übereinstimmung war, so die Hypothese, desto höher hätte die Kohärenz und vor allem das Durchsetzungspotenzial von Strategien sein sollen.

Die Hypothese zu verifizieren, gestaltete sich jedoch als besonders schwierig. Die verschiedenen Experte vertraten zwar teilweise dieselbe Meinung, doch taten sich je nach Diskursgruppe grosse Interpretationsspielräume auf, vor allem hinsichtlich der Einschätzung aktueller Entwicklungen rund um die HIV/Aids-Thematik. In einer Gruppe stiessen wir gar auf einen selbstreferenziellen Diskurs, der sich vermutlich seit langem nur noch durch internen Austausch alimentiert. Dies führte zu methodischen Anpassungen. Es entstanden Diskursgruppen, die über die Analyse ebenfalls in einen Metadiskurs zu den Kampagnen gesetzt werden konnten.

4.4 *Exemplarische Fokusgruppengespräche*

Exemplarische Fokusgruppengespräche mit ausgewählten Personengruppen wurden organisiert und durchgeführt (zu den Fokusgruppen sei auf den Anhang verwiesen). Dabei wurden Personen aus der generellen Bevölkerung, die zufällig

³ Einige Interviews, die wir gerne durchgeführt hätten, konnten wir aus terminlichen Gründen nicht realisieren. Wir haben bei der Auswahl der Interviewpartner vor allem Personen privilegiert, die bisher schriftlich keine Analysen angefertigt haben. Besonders aus der Pionierzeit konnten wir glücklicherweise auf eine Reihe von Texten zurückgreifen (insbesondere Somaini 1994; Staub 1990; Staub 1998; Wasserfallen 1992).

4. Methode

ausgewählt wurden, an einen Tisch gebracht. Kriterium für die Auswahl war vor allem das Alter. Die ausgewählten Personen sollten die 15-jährige Dauer der Kampagnen erlebt haben, damit Erfahrungen in die Diskussion zur Zukunft eingebracht werden konnten. Damit waren Personen von 25 bis 35 Jahre Hauptangespochene. Die Kampagne hat das Erwachsenwerden dieser Personen begleitet. Damit wurde eine Selektion getätigt, die die Perspektive der „Aids-Generation“ privilegierte. In jeder Fokusgruppe wurden heterosexuelle und homosexuelle Frauen und Männer gemischt befragt.

Drei Fokusgruppen mit rund sechs Teilnehmern und Teilnehmerinnen pro Anlass wurden durchgeführt. Eine Fokusgruppe in der Romandie (Genf), eine im Tessin (Lugano) und eine in der Deutschschweiz (Zürich) fanden statt. Damit konnte insbesondere auf die sprachkulturellen Dimensionen der Kampagnen eingegangen werden (vgl. Anhang).

Die exemplarischen Fokusgruppengespräche erlaubten, die intendierten Strategien und die intersubjektiv geteilten Meinungen mit den vermittelten Kampagnen zu konfrontieren.

Die Fokusgruppen waren zwar sehr fruchtbar für die Analyse, hätten aber, um unseren Ansprüchen zu genügen und auf unsere Fragen systematische Antworten liefern zu können, in grösserer Anzahl durchgeführt werden sollen. Auch hätte eine gewisse Homogenität der Gruppen (nur Frauen, nur Männer, nur Homosexuelle usw.) der Eindeutigkeit der Aussagen genutzt.

Wir sahen uns deshalb gezwungen, zusätzlich eine Reihe von Einzelinterviews mit Laien durchzuführen, die diese Perspektive informativ ausweiteten.

4.5 *Triangulation der Informationen*

Die mit den unterschiedlichen Methoden erfassten Informationen wurden miteinander verglichen und zu einer Analyse synthetisiert. Die erhobenen Daten aus den Diskursen wurden protokolliert. Dabei entstanden Texte und erste Beobachtungen konnten angestellt werden. Auf diese Weise war es möglich, die verschiedenen Diskurse untereinander in ein virtuelles Gespräch zu bringen. Die

4. Methode

Sekundäranalyse sowie Sekundärliteratur insgesamt, ergänzten dieses virtuelle Gespräch.

Die Analyse beruht auf der diskursiven Analyse, wobei die erfassten Informationen die Basis schafften. Nur mehrfach bestätigte Aussagen – Triangulation der Informationen – flossen in die Analyse ein. Die Analyse entstand so durch ein induktives argumentatives Vorgehen, das einzig durch eine Reihe von analytischen Eckpunkten strukturiert war (vgl. Kapitel zu den Grundlagen der Analyse; vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Erhobene Daten

Informationsquellen	Produzierte Datenbasis
Sekundäranalyse der Evaluationen der Kampagnen (1986-2000)	„Geschichte“ der Meinungsbildung und deren Veränderung
Interviews mit Schlüsselpersonen (9 Expertinnen/Experten, 3 Wissenschaftlerinnen/ Wissenschaftler)	12 halbstrukturierte Interviews - Protokolle
Vorbereitungsgespräche und Fokusgruppen mit Laien	3 halbstrukturierte Interviews – Protokolle 3 Fokusgruppen mit insgesamt 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern - Protokolle
Diskursive Treffen mit Expertinnen/Experten und Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler	3 Gesprächsgruppen mit insgesamt 19 Teilnehmerinnen und Teilnehmern - Protokolle

5. Prävention durch Kampagnen – Ergebnisse der Analyse

Die folgende Darstellung der Ergebnisse folgt den vier Fragestellungen der Analyse. Dabei wird auf die drei Perspektiven der Wissenssoziologie, der Staatsaufgaben und des Social Marketing Bezug genommen (vgl. Kapitel Grundlagen der Analyse).

5.1 Die Ziele der Kampagnen

Durch seine Aktivitäten möchte der Bund im Bereich HIV/Aids Neuinfektionen verhindern. Dies ist sein Hauptziel, das seit Beginn seiner Aktivitäten verfolgt wurde und dementsprechend das Hauptanliegen in der Strategie der Kampagnen darstellt. Es gilt, Gesunde vor der Infektion durch das HI-Virus zu schützen. Dieses Ziel wurde durch die Konzeption einer als Schutzkampagne vor HIV/Aids-Neuinfektionen geltenden Bevölkerungsinformation als Massnahme angestrebt. Diese Massnahme hat sich zwischenzeitlich unter dem Begriff der „Stop-Aids-Kampagnen“ in der Gesamtbevölkerung verankert. Die Kampagnen wurden von Beginn an in der ganzen Schweiz bewusst flächendeckend geführt, damit der gesundheitspolitische Konsens, die schweizweite Strategie des Bundes und die Kohärenz in der Behandlung der HIV/Aids-Thematik in allen Kantonen gewahrt bleiben.

Als untergeordnetes Ziel galt die Sensibilisierung der Bevölkerung in punkto Solidarität mit HIV/Aids-Betroffenen. Dieses so genannte Solidaritäts-Ziel hatte eine wichtige Funktion im Kampf gegen Diskriminierungen und zur Unterstützung der Personen mit HIV/Aids.

Die Kampagnen sind ein Element in der Produktion eines Gesamtprogramms im Bereich HIV/Aids. Dieses Programm durchlief verschiedene Phasen, die in ihren Zielsetzungen von einem breiten politischen Konsens getragen wurden. Zu Beginn galt es zu rationalisieren und zu informieren, um Panik und Diskriminierung zu kontrollieren – das Bild der damals geltenden „Homosexuellenseuche“ bzw. „amerikanischen Seuche“ galt es zu bekämpfen. Darauf konzentrierte sich die Gesundheitspolitik und das angewandte Marketing-Instrument der Kampagnen.

5. Ergebnisse der Analyse

Mit der gewählten Art und Weise der Kampagnen wurde auf eine kapillare Informationsvermittlung gesetzt.

Projekte sprossen in der ganzen Schweiz hervor, die das Thema HIV/Aids ins Zentrum stellten. Die generelle Zielrichtung der Kampagnen unterstützte diese Aktivitäten durch klare Präventionsbotschaften und solidaritätsstiftende Informationen zur Situation der HIV-Positiven und an Aids erkrankten Menschen.

In einer zweiten Phase wird von einer Normalisierung der HIV/Aids-Politik gesprochen. Normalisierung im Sinne einer Systematisierung von organisatorischen Reaktionen auf das Auftreten von HIV und Aids. Der Konsens der Akteure im Kampf gegen HIV/Aids wurde gegen aussen weiterhin systematisch gewahrt, auch wenn sich zwischenzeitlich für die Aids-Hilfe-Organisationen und für das Bundesamt für Gesundheit erste Krisen abzeichneten. Dazu gehören beispielsweise Diskussionen rund um die Fragen relevanter Zielgruppen der HIV/Aids-Thematik vice versa zur Aufgabe der Stop-Aids-Kampagnen einer Information der Gesamtbevölkerung. Dieses Zusammenspiel im Kampf gegen HIV/Aids wurde für die beteiligten Akteure als grundlegend erkannt. Die Betreuung und Information von Zielgruppen sollte im Zusammenspiel mit der Aufgabe der Bevölkerungsinformation Synergien entwickeln, aber keinesfalls in Konkurrenz stehen. Ein weiteres Beispiel bestand in der politisch brisanten Krise in der Frage der Wichtigkeit des Themas der Treue im Hinblick auf HIV/Aids. Eine Zeit lang wurde denn auch ein Ehering an Stelle des Kondoms im Stop-Aids-Zeichen benutzt. Im Rückblick verursacht diese Krise auch Schmunzeln, damals verwässerte sie jedoch die Kampagnen-Linie und damit die Schlüsselbotschaft beträchtlich.

In einer dritten Phase können weit verbreitete Unsicherheiten beobachtet werden. Obwohl sich die Idee einer institutionellen Normalisierung durchgesetzt hatte und für organisatorische Massnahmen gegen HIV/Aids ihren konzeptionellen Nutzen entwickelte, begannen viele Experten die Idee zu missverstehen. Sie sprachen plötzlich von einer Normalisierung von HIV/Aids als Epidemie. Diese konzeptionelle Adaptation hatte Folgen auf den politischen Konsens, der seither fragiler geworden ist. Verschiedene Meinungen stehen sich gegenüber, die zwar empirisch und epidemiologisch äusserst problematisch sind, doch politisch durchaus Wirkung zeigen. Insgesamt verliert HIV/Aids in politischen Kreisen an Gewicht und gerät in den Strudel der Diskussionen um Prioritäten der Ressour-

5. Ergebnisse der Analyse

cenanwendung. Dabei wird das Argument der abnehmenden Infektionsraten und der Chronifizierung der Krankheit als Hinweis darauf gewertet, es sollten andere Prioritäten gesetzt werden. Abgesehen vom Zusammenhang zwischen Erfolg der Kampagnen und der abnehmenden Infektionsrate, führt ein verunsicherter gesundheitspolitischer Diskurs zu einer Ambivalenz in der gesamten Anlage der HIV/Aids-Politik des Bundes. Deutliche Auswirkungen können in Expertenkreisen festgestellt werden, jedoch (noch) nicht in den Medien. Eine derartige Ambivalenz kann nicht allein durch die Fortsetzung der Stop-Aids-Kampagnen aufgelöst werden.

Relevante Informationen aus dem Expertendiskurs: Im Expertendiskurs tritt diese Ambivalenz sehr klar zu Tage. Man kann von kognitiven Dissonanzen sprechen, die sich in der Expertenwelt festgesetzt haben. Die Expertenwelt war insbesondere im so genannten Kreativ-Team systematisch auf Innovation getrimmt worden und gerät heute, wo nicht Innovation, sondern Kontinuität gefragt ist, in eine Art Krise der Aids-Avantgarde. Diese Krise wird verstärkt durch Burn-out-Erscheinungen in der alten Garde der Pioniere, die zwar immer noch den Expertendiskurs monopolisiert, doch sich nicht mehr verstanden fühlt. Dazu gehört das vehement geäußerte Argument, dass Aids vorbei sei und heute von einem so genannten „neuen Aids“ gesprochen werden müsse.

Diese Wahrnehmung der Experten ist weit verbreitet. Deren Vertreter manövrieren sich jedoch damit selbst in eine marginale Position. Die Wahrnehmung der Experten der Wahrnehmung der Bevölkerung⁴ von HIV/Aids geht davon aus, dass diese glaubten, Aids hätte sich chronifiziert und die Epidemie sei damit unter Kontrolle. Dazu gehören auch Argumente im Zusammenhang mit den Stop-Aids-Kampagnen, dass alles schon einmal gesagt wurde, dass eine Müdigkeit gegenüber der Kondombotschaft bestehe und somit keine neue Botschaften mehr in die breite Öffentlichkeit getragen werden könnten. Daraus wird für das Kampagnenziel gefolgert, dass eine allfällige Ausdehnung der Themen, eine raffiniertere, präzisere Sprache, der Abschied von der Vergangenheit und insbesondere die Reflexion des Zusammenspiels von Zielgruppen und der Information der Gesamtbevölkerung notwendig sind.

⁴ Luhmann würde hier von Wahrnehmungswahrnehmung sprechen (1992).

5. Ergebnisse der Analyse

Relevante Informationen aus dem Laiendiskurs: Auf einer andere Wahrnehmung stossen wir, wenn mit Laien gesprochen wird. Dort wird im Gegensatz zur Expertenwelt argumentiert, dass das Ziel der HIV/Aids-Prävention weiterhin wichtig ist und zwar in Bezug auf die Information zur Prävention sowie in Bezug auf die Solidaritätsaussagen. Sicherlich wird letzterer Bezug heute vermehrt in den Zusammenhang mit Afrika gestellt. Doch wird die Situation von Personen mit HIV/Aids in der Schweiz nicht verschönert. Aus diesem Diskurs folgt der klare Aufruf, weiter mit der Präventionsidee zu arbeiten sowie auch das Solidaritätsziel zu verfolgen.

Relevante Informationen aus der Wissenschaft: Der Wissenschaftsdiskurs bestätigt mit einem „B-Moll“ die Meinungen der Laien. Anpassungen an die generelle Zielsetzung wären zwar vorzunehmen, da ein Risiko nachlassender Aufmerksamkeit besteht. Doch wird daraus nicht geschlossen, dass HIV/Aids als Problem vorbei sei, sondern dass die vorgegebenen Ziele weiterhin zu verfolgen sind. Eine Verstärkung der Aufmerksamkeit für die vorgegebene Zielsetzung würde sich sogar aufdrängen. Auch was das Solidaritätsziel betrifft, wird zwar festgestellt, dass dieses kaum in der breiten Bevölkerung gegriffen hat, aber eine wichtig Funktion für die Stärkung der Familienzusammenhänge von HIV-Positiven und Aidskranken besass.

Solidarität als Thema sollte auch in Zukunft über konkrete Massnahmen und Botschaften der Kampagnen weiter aufgegriffen werden. Dabei ist das Thema der Diskriminierung am Arbeitsplatz von HIV-positiven Personen heute ein wichtiger Anhaltspunkt der Diskussion, da sich die verlängerte Lebenserwartung von HIV-Positiven auf die Möglichkeiten auswirkten, weiter in diesem Integrationsfeld tätig zu sein.

Der Arbeitsplatz ist für einen Grossteil der Bevölkerung der Ort der gesellschaftlichen Integration *par excellence*. Wenn dieser nicht systematisch thematisiert wird, eben auch über die Kampagnen, kann das Solidaritätsthema gesellschaftlich in Anbetracht der neuen Erkenntnisse zu HIV/Aids nicht glaubwürdig vertreten werden.

Die Analysen zwischen Experten auf der einen Seite, Laien und Wissenschaft auf der anderen, klaffen mit anderen Worten auseinander. Dies hat Auswirkungen

5. Ergebnisse der Analyse

gen auf die Position des Bundes, der auf diesen Diskursen bisher aufbauen konnte, heute aber vor einer Vielzahl von Meinungen steht. Organisatorisch führt dies zu Unsicherheiten, die sich zum Beispiel auch in den Spannungen zwischen den verschiedenen Stakeholders der HIV/Aids-Politik widerspiegeln. Der Bund sucht nach neuen Sicherheiten, vermittelt gegen aussen aber diskursive Spannungen mit der Folge einer abnehmenden Intensität der Kampagnen. Darauf reagiert die Bevölkerung mit der Individualisierung – und damit Privatisierung – der Risikostrategien zu Aids.

Zum Social Marketing: Aus dem Blickwinkel des Social Marketing bleibt eine klare Aufgabe im Bereich HIV/Aids bestehen, nämlich die HIV-Neuinfektionen zu verhindern. Diese fundamentale Verantwortung des Staates beruht auf der Tatsache, dass die Epidemie weiter vorhanden ist und dass die Kosten der Epidemie immer noch, selbst bei geringen Neuinfektionsraten, enorm hoch sind. Dies sind die vorrangigen Argumente, um mit der begonnenen Strategie weiterzufahren. Der Staat kann weiterhin nicht auf Entwarnung setzen. Die Sensibilität der Bevölkerung zu diesem Thema – ein Resultat langjähriger Anstrengungen – kann nicht aufs Spiel gesetzt werden, ohne an der Legitimation des Staates als Akteur im Präventionsbereich zu verlieren. Die Normalisierung der HIV/Aids-Epidemie auf administrativer Ebene hat nichts in den Kampagnen verloren. Ein solches Verständnis von Normalität wäre für die Wirkung der Kampagnen fatal!

Zum persuasiven Staat: Die Ziele müssen sich weiterhin an der medialen Öffentlichkeit ausrichten, die die Thematik HIV/Aids als Präventionspriorität thematisiert. Eine Ausdehnung der Thematik auf sexuell übertragbare Krankheiten insgesamt – ohne HIV/Aids auszuklammern – scheint erst mittelfristig sinnvoll zu sein, muss jedoch bereits in der nächsten strategischen Diskussion als Fragestellung vorgesehen werden. Die Frage der „Solidarität“ wird dagegen vermehrt in Zusammenhänge mit der Epidemie in Afrika und der Medikalisierung gebracht, was in die Zielformulierung und die Kampagnenausrichtung aufgenommen und genutzt werden sollte,⁵ ohne das Grundziel der Infektionsverhinderung zu konkurrenzieren.

⁵ Wie dies übrigens bereits zum Thema Medikamente stattgefunden hat.

5. Ergebnisse der Analyse

Der Logik des notwendigen und fortgesetzten Reminders folgend, muss das Ziel der Kampagnen vermehrt über die Verhaltensänderung hinaus auf die Verhaltenskonsequenz ausgerichtet werden. Damit ist nicht das Treuethema angesprochen, sondern das Ziel der konsequenten Nutzung des Präservativs. Hier ist der persuasive Staat besonders gefordert. Er hat eine Aufgabe, Menschen zu unterstützen, die sich konsequent verhalten, und er hat dieses Verhalten öffentlich zu „prämiieren“. Würde dies nicht stattfinden, würde sich vermutlich die Irrationalität im Sexualverhalten verstärken und die bestehende Tendenz zur Privatisierung der Präventionsstrategien fördern. Was immer dies heissen mag.

5.1.1 Empfehlungen zu den zukünftigen Zielsetzungen

Die grundlegenden Ziele der Kampagnen müssen bestätigt werden. Die Antwort auf Unsicherheiten administrativer Akteure gegenüber privaten Strategien der Prävention und gegenüber einer nachlassenden Aufmerksamkeit der Bevölkerung verlangt eine klare Reaktion. Die Relancierung der gleichen Themen – wenn möglich mit mehr Mitteln – ist dringend notwendig.

Die tiefe Zahl der Neuinfektionen und die relativ hohe und stabile Anzahl von Präservativverkäufen sollen nicht dazu führen, Gelder im Dienste der Prävention einsparen zu wollen. Dies würde von der irrationalen Meinung ausgehen, dass die Epidemie unter Kontrolle ist und sich ein Lernprozess quasi „genetisch“ etabliert hat. Der persuasive Staat, der sich seiner Rolle im Präventionsbereich bewusst ist, kann nicht von einem derartigen Szenario ausgehen und muss in Zukunft neben den Verhaltenszielen vor allem auf die Verhaltenskonsequenz setzen.

Bezüglich des Ziels der Solidarität soll unterstrichen werden, dass diese in den zentralen Instanzen gesellschaftlicher Integration stattfindet – vor allem in der Familie, im öffentlichen Leben und an der Arbeitsstelle. Insbesondere die Arbeitswelt, aber auch das öffentliche Leben, müssen in Zukunft als Instanzen der Integration und im Hinblick der zunehmenden Lebenserwartung von Personen mit HIV anvisiert werden. Erst dann kann Solidarität als Ziel verstärkt umgesetzt und erreicht werden. Dabei soll das potenzielle Konkurrenzverhältnis der Solidaritätsbotschaft in der Medienlandschaft zu den Themen „Afrika“ und „Medika-

5. Ergebnisse der Analyse

mente“ konstruktiv gewendet und für die zukünftige Ausrichtung der Solidaritätsziele genutzt werden.

Eine Relancierung der Kampagnen ist kurzfristig dringend notwendig. Darüber hinaus muss mittelfristig auch geprüft werden, ob die HIV/Aids-Prävention in einem breiten Kontext von sexuell übertragbaren Krankheiten thematisiert werden muss. So wie HIV/Aids die Sexualaufklärung an die Schulen gebracht hat, kann die Thematik vermutlich auch als Multiplikator für eine Gesundheitsprävention gegenüber anderen sexuell übertragbaren Krankheiten genutzt werden.

5.2 Die Botschaften der Kampagnen

HIV/Aids-Präventionskampagnen haben das Thema der Sexualität in die Öffentlichkeit gebracht. In diesem Zusammenhang wurden weitere Themen, wie zum Beispiel Homosexualität, teilweise enttabuisiert. Die starken Botschaften der Kampagnen, wie zum Beispiel „Stop Aids“, „Ohne Dings kein Bums“, „Denk mal mit dem Kopf“ gingen in erster Linie darauf hinaus, die Benutzung des Präservativs zu fördern und in zweiter Linie Verständnis für HIV-positive Personen bzw. an Aids erkrankten Personen zu entwickeln. Botschaften der Solidarität wurden zum Beispiel durch Aussagen von in der Öffentlichkeit bekannten und prominenten Persönlichkeiten unterlegt.

Zielpublika der Stop-Aids-Kampagnen waren die Gesamtbevölkerung und speziell Homosexuelle, Abhängige von illegalen Drogen, Prostituierte sowie Freier, Männer und Frauen mit ihren sexuellen Praktiken. Thematisch wurde ein breites Spektrum von Ideen im Zusammenhang mit dem Kondomgebrauch lanciert: von der (technischen) Anwendung desselben bis hin zu Ansteckungsweisen in Beziehungen zwischen Heterosexuellen und Homosexuellen; der Seitensprung und die Faszination von Situationen der Verliebtheit. Darüber hinaus wurden auch Nicht-Risiken kommuniziert, wie zum Beispiel Mückenstiche, dem Trinken aus dem gemeinsamen Glas und Küssen.

Relevante Informationen aus dem Laiendiskurs: Das Präservativ ist selbstverständlich geworden und es gehört zum Allgemeinwissen, dieses in Risikosituationen zu benutzen. Die Benutzung ist relativ unproblematisch. Gegenüber Aids-Kranken wird Mitgefühl geäußert. Die Aidskampagnen werden als wichtige In-

5. Ergebnisse der Analyse

formationsquelle wahrgenommen. Dementsprechend ist die Botschaft in der Laienwelt angekommen. Die Botschaften zum Schutz vor HIV und Aids sollen weiterhin aus der Perspektive der Laien formuliert werden. Sie sollen durchaus sachlich sein und manchmal spassig.

Der Laiendiskurs über Betroffene weist auf die Grenzen der (christlichen) Solidaritätshaltung hin. Er thematisiert und unterstreicht die grossen Probleme, die an der Arbeitsstelle und in Beziehungen entstehen können. Hier fehlen anscheinend weiterführende und vertiefende Botschaften, die in diesen Bereichen solidarische und unterstützende Einstellungen ansprechen.

Relevante Informationen aus dem Expertendiskurs: Das Präservativ stellt den einzigen Schutz in Risikosituationen dar. Doch wird diese Botschaft als ausgereizt wahrgenommen. Zahlreiche, ja fast alle möglichen Bezüge zum Kondom wurden hergestellt: Farben, Geschmack, Anwendung usw. Darüber hinaus führt die Schwierigkeit, das Kondom in emotional geprägten Beziehungssituationen anzuwenden, zu Kontroversen. Viele Irrationalitäten im Zusammenhang mit dem HIV/Aids-Risiko und Bagatellisierungen der Kondomnutzung werden angesprochen.

Experten weisen darauf hin, dass das so genannte alte Aids vorbei ist und heute von HIV/Aids-Betroffenen als Patienten und Klienten des Gesundheits-/Sozialwesens und damit von einem „neuen Aids“ gesprochen werden muss. Es besteht eine kreative Krise, mit dieser Wahrnehmung von HIV/Aids umzugehen. Diese Situation produziert auch unterschwellige Aggressionen: Zum Beispiel wird in der Wahrnehmungswahrnehmung von Experten vom Präservativ als „Lustkiller“ ausgegangen und die Frage nach seiner Perspektive gestellt. Trotzdem, die Kampagnen sollten weitergeführt werden, sie müssen weiterhin einfach konzipiert sein, mit klaren, leicht nachvollziehbaren Aussagen. Vor allem die Reminderfunktion wird als wichtig betrachtet. Jedoch soll auf keinen Fall auf Angst- oder Panikmache gesetzt werden.

Relevante Informationen aus der Welt der Wissenschaft: Die HIV/Aids-Evaluationen gehen nicht auf die einzelnen Botschaften und deren Wirkungen detailliert ein. Die Studien unterstreichen generell eine Notwendigkeit der regelmässigen Bevölkerungsinformation zur HIV/Aids-Thematik. Aus der Public-

5. Ergebnisse der Analyse

Health-Perspektive besteht die Gefahr, dass die Epidemie wieder in grösserem Ausmass ausbricht, in keinem Verhältnis zu den Kosten der Präventionskampagnen. Inhaltlich sollen die Botschaften weiterhin die Präservativnutzung fördern. Darüber hinaus soll auch auf die Sensibilität von Diskriminierungen hingewiesen werden, da diese weiterhin festzustellen sind. Es soll in der Bevölkerung keine Angst- und Panikmache entstehen.

Zum persuasiven Staat: Aus der Public-Health-Perspektive des Staates ist die HIV/Aids-Epidemie selbst bei abnehmenden oder stagnierenden Übertragungsziffern noch nicht unter Kontrolle. Der Staat muss deshalb die Gesamtverantwortung wahrnehmen und weiterhin, ohne zu dramatisieren, auf innovative Art und Weise⁶ über HIV/Aids informieren. Damit kann er sich auch als verantwortungsvoller Akteur in der Öffentlichkeit positionieren, der Epidemien ihre reelle Wertigkeit zuweist. Im Zusammenhang mit HIV/Aids-Präventionskampagnen sollten auf jeden Fall Imageüberlegungen des Bundesamtes für Gesundheit mitberücksichtigt werden, d.h. Glaubwürdigkeit der Bevölkerungsinformation ist nach wie vor angesagt. Dann behält der Staat seine Legitimation. Der staatliche Auftrag, Diskriminierungen seiner Bürgerinnen und Bürger jeglicher Art zu verhindern, verlangt weiterhin nach kampagnenbegleitenden Massnahmen der Beratung und Betreuung, aber auch nach einer Ausweitung der Botschaften der Kampagnen auf alle Themen der Solidarität.

Zum Social Marketing: Das Präservativ bleibt die zentrale Massnahme, um das Produkt HIV/Aids-Infektion schutzgerecht zu „verkaufen“. Dementsprechend drängt es sich auf, mit den Kampagnen weiterhin das Präservativ zu lancieren. Der Preis von HIV/Aids ist höher als der Preis, Sexualität aktiv mit Kondom zu leben. Die Bezüge zur individuellen Verantwortung und zum kollektiven Bewusstsein hinsichtlich des Schutzes mit dem Präservativ, haben die Kampagnen bisher geprägt. Beide Perspektiven sind in den Botschaften aufrecht zu erhalten, weil sie sich gegenseitig verstärken und unabhängig voneinander nicht existieren könnten. Das Individuum braucht eine kollektive Anerkennung seiner Kondomnutzung. Dementsprechend muss sich die Gesellschaft solidarisch kennzeichnen, d.h. alle Bürger und Bürgerinnen auf die gezielte Kondomnutzung

⁶ Der innovative Charakter der Stop-Aids-Kampagnen wird auch über die Schweizer Grenzen hinaus positiv wahrgenommen.

5. Ergebnisse der Analyse

hinweisen, um in ihr individuell und gegenüber HIV/Aids gesund überleben zu können.

Die Kondombotschaft ist zu erneuern, weil Aids inzwischen ein etabliertes Thema ist und das Präservativ seinen primären Aufforderungscharakter verloren hat. Dies beinhaltet auch das Risiko, moralische Bezüge herstellen zu wollen, um Neulancierungen zu erlauben. Solche Bezüge würden jedoch Risiken der Ausgrenzung der „Unmoralischen“ nach sich ziehen.

Das „Muss“ einer Kondomnutzung wirkt mittlerweile an sich schon genügend stark. Auf keinen Fall sollten jetzt noch zusätzlich Angstthemen lanciert werden. Die Botschaft der Kampagnen – trotz Enttabuisierung und Normalisierung des Präservativgebrauchs – muss sich weiterhin gegenüber einer heilen Welt, von zum Beispiel Hollywood-Filmen, absetzen und auf die Bezüge der „normalen“ Alltagswelt hinweisen. Die Funktion der Präventionskampagnen bleibt die des Korrektivs der Traumwelt ohne Präservative. Der spielerische Umgang mit Alltagsbezügen, mit Beziehungen, mit Sexualität und damit mit Lebensweltbezügen muss weiterhin mit der Bevölkerung kommuniziert werden. Dabei ist mit zunehmendem Gewicht auf Risikowertigkeiten und damit nicht nur Risikogruppen und Risikosituationen hinzuweisen, wie in den Stop-Aids-Kampagnen seit 1999 praktiziert. Botschaften über Risikowertigkeiten, wie zum Beispiel: „Die Angst vor Aids schwindet. Vielleicht stecken sich deshalb wieder mehr Menschen mit dem HI-Virus an“; „Gerade wenn man Feuer und Flamme ist, sollte man nicht mit dem Feuer spielen“; „Die Neat bringt mehr Verkehr. Hoffentlich nicht mehr Aids“ usw. sollten weiterhin vertieft und kommuniziert werden.

5.2.1 Empfehlungen zu den zukünftigen Botschaften

Die Botschaften der bisherigen Stop-Aids-Kampagnen haben sich bewährt. Die aktuellen Diskurse über die Kondombotschaft der Kampagnen sind klarer als jene im Hinblick auf das ursprüngliche Ziel des BAG, Neuinfektionen zu verhindern. Eine deutliche Gemeinsamkeit besteht, dass die Kampagnen eine Remindefunktion einnehmen sollen.

Aus der Perspektive des persuasiven Staates ist es fundamental, die Botschaften weiterhin glaubwürdig zu formulieren, damit der Nimbus der Kampagnen

5. Ergebnisse der Analyse

auch in Zukunft seine Wirkungen entfalten kann und die Rolle des Bundes als Gesundheitsförderer weiterhin stärkt. Die Botschaften müssen griffig, einfach und nachvollziehbar bleiben sowie eine lebensweltliche Verankerung haben. Bezüge zur Lebenswelt und damit zur Beziehungswelt erlauben die Dramaturgie der Stop-Aids-Kampagnen weiterzuentwickeln. Dabei sind Werte im Zusammenhang mit dem Beziehungsleben über Werte des Sexuallebens hinaus vermehrt anzusprechen. Diese sollten mit der Zusatzbotschaft gegen ein „allgemeines Vergessen“ des Risikos von HIV/Aids gekoppelt werden.

Allgemein kann auch festgehalten werden, dass sich der Bund auf den Lorbeeren der bisher erfolgreichen Stop-Aids-Kampagnen nicht ausruhen sollte. Die anstehende Neuwahl der externen Werbeagentur stellt grundsätzlich eine Chance dar, auch neue Wege der Botschaftsvermittlung zu gehen.

In Bezug zum Thema Solidarität muss auf das Verständnis für Menschen mit HIV/Aids weiter hingewiesen werden. Botschaften der Unterstützung in Zusammenhängen der Sicherung des Arbeitsplatzes und der Kontinuität von bisherigen Beziehungen von HIV-Betroffenen sollten zusätzlich und mit stärkerer Betonung kommuniziert werden. Jeder moralische Bezug in den Kampagnen sollte jedoch dabei verhindert werden, da dieser Diskriminierung als Nebeneffekt auf Betroffene und damit auf „Unmoralische“ zur Folge hätte.

5.3 Die Form der Kampagnen

Die Massnahmen des Bundes im Bereich HIV/Aids gehen von einer differenzierten Vermittlung von Informationen aus. Informationskanäle sind Strassenplakat-kampagnen, TV-, Radio- und Kinospots, Zeitungsinserate, Medienkontakte, Informationen über Broschüren, Face-to-Face-Informationen usw. In diesem Bündel von Informationskanälen nehmen die massenmedial ausgerichteten Kampagnen, die in der Analyse im Vordergrund stehen, eine besondere Funktion ein.

Relevante Informationen aus dem Laiendiskurs: Allgemein wird auf die hohe Sichtbarkeit von Strassenplakaten hingewiesen. Diese Form der Präventionskampagnen wird sehr geschätzt. Es wurde sogar wahrgenommen, dass in den Kampagnen der letzten zwei Jahre keine Plakate verwendet wurden. Damit wird unterstrichen, dass HIV/Aids über diese Werbeform ins Bewusstsein dringt. Es

5. Ergebnisse der Analyse

geht nicht nur um die Botschaft selbst, sondern vor allem um die Erinnerung an Aids im öffentlichen Raum. Der Laiendiskurs zeigt, dass auf HIV/Aids-Präventionskampagnen allgemein nicht verzichtet werden sollte. Sie geniessen eine hohe Sympathie.

Laien unterstützen auch das Stop-Aids-Zeichen. Es hat einen hohen Wiedererkennungswert. Die Erotisierung in den Kampagnen sowie die zunehmende Radikalität der Bilder – zum Beispiel das Bildmotiv des Penis mit dem Knopf im Spot des Jahres 2000 – wird kontrovers wahrgenommen. Zum Teil wird mehr Nüchternheit in der Formwahl gewünscht.

Relevante Informationen aus dem Expertendiskurs: Experten behaupten, dass HIV/Aids für den grössten Teil der Bevölkerung unsichtbar geworden ist. Die Rahmenbedingungen haben sich mit der Normalisierung rund um das „neue Aids“ verändert. Es wird sogar die Frage gestellt, ob Präventionskampagnen in diesen neuen Kontexten überhaupt noch möglich oder sogar nötig sind.

Eine Priorität in der Form der Kampagnen besteht sicherlich in den Strassenplakaten. Diese könnten auch Inseratenkampagnen in der Presse, wie seit zwei Jahren praktiziert, sinnvoll und gezielt unterstützen. Allein Inserate in den Zeitungen zu publizieren, wird nicht als sehr wirksam und nützlich eingeschätzt.

Überlegungen wurden eingebracht, dass den Kampagnen mit einer Erneuerung bzw. einer Renovation des Stop-Aids-Zeichens ein neuer Schub gegeben werden könnte. Vielleicht könnte ein solches Vorgehen auch neuen Lösungen Hand bieten. Die bisherigen Stop-Aids-Kampagnen haben weiterhin ein deutlich gutes Image und einen hohen Sympathiewert bei den Experten.

Relevante Informationen aus der Welt der Wissenschaft: Die Meinung herrscht vor, dass verschiedene Formen der Kampagnen kombiniert werden sollen. Insbesondere die Kombination von Strassenplakaten und der Fernsehwerbung wird in ihrer Wirkung als stark wahrgenommen. Weniger wirksam sind Kinospots und Zeitungsinserate. Hinsichtlich der Form der Kampagnen wird die Meinung vertreten, dass es weniger relevant ist, wer die Kampagnen realisiert, sondern dass diese weiterhin durchgeführt werden. Die Wissenschaftler weisen darauf hin,

5. Ergebnisse der Analyse

dass das Stop-Aids-Zeichen hohe Akzeptanz besitzt und nicht verändert werden soll.

Zum persuasiven Staat: Der Staat hat sich innerhalb von 15 Jahren ein wirksames Instrument für Präventionsmassnahmen geschaffen. Das Instrument der Stop-Aids-Kampagnen hat in der ganzen Schweiz eine nicht zu unterschätzende Dynamik ausgelöst, die auch für weitere Gesundheitspräventionskampagnen genutzt werden kann. Wird dieses weiterhin als innovativ wahrgenommene Instrument in Frage gestellt, könnte die Öffentlichkeit interpretieren, dass der Staat Abschied von seinem Präventionsanspruch nimmt.

Zum Social Marketing: In das Produkt HIV/Aids wurden seit 15 Jahren viele Gelder investiert und unter anderem das Instrument der Stop-Aids-Kampagnen entwickelt. Das Instrument wurde in der Bevölkerung und in der Politik zu einem Begriff! „Stop-Aids“ ist mehr als eine Marke. Es ist zu einem Episteme⁷ unserer Gesellschaft geworden, das über die Aidspräventionsbotschaft hinaus Risiken des modernen Lebens beinhaltet (vgl. Bild 1).

Mit dem Episteme wird die Risikogesellschaft und gleichzeitig eine Überlebensstrategie angesprochen. Das Zeichen ist sogar zu einem Inbegriff für Risiken des Überlebens geworden, wie die Übernahme des Zeichens bei der aktuellen Unfallverhütungskampagne der SBB zeigt. Dort prangt ein Stop-Risiko-Zeichen mit einem Helm im Buchstaben „O“.

Bild 1: Das Stop-Aids-Zeichen – ein Episteme unserer Gesellschaft



⁷ Foucault benutzt den Begriff „épistémé“, um auf soziale und so genannte archäologische Funde hinzuweisen, die Gesellschaften charakterisieren (Foucault 1971).

5. Ergebnisse der Analyse

Das Zeichen kann im beschriebenen Sinne erst geändert werden, wenn die Gesellschaft sich ändert. Selbst wenn das Zeichen in neuen Kampagnen nicht mehr verwendet würde, bliebe es in den Köpfen der Menschen als Sinnbild der Risikogesellschaft.

Die Investition in das Stop-Aids-Präventionsinstrument mit dem entsprechenden Erfolg muss weiter genutzt werden, egal mit welcher Botschaft. Das Instrument gehört nicht nur zum persuasiven Staat, sondern inzwischen zum bundesweit organisierten Präventionsbereich.

Die Kampagnen haben systematisch auf den Zeitgeist gesetzt und in der Form auf der zu beobachtenden Erotisierung in der medialen Öffentlichkeit aufgebaut. Diese Formwahl durch eine Bundesstelle war für die Bevölkerung überraschend, und gleichzeitig hat sie mit zum Erfolg der Stop-Aids-Kampagnen geführt. Reflexiv betrachtet, ist dieser Überraschungseffekt heute nicht mehr da.

Die Form der Provokation hat eine Eigendynamik erhalten und führt heute zu neuer diffusen Kritiken und Widerständen, und zwar nicht nur in konservativen Kreisen. Die angesprochene Kreativitätskrise der Experten kann damit in Beziehung gesetzt und nachvollziehbar werden. Eine weitere Radikalisierung müsste jetzt praktisch zu Formen der Pornografie führen beziehungsweise zum Zeigen von Geschlechtsteilen, wie zum Beispiel dem männlichen Glied mit dem Knopf. Damit kann zwar weiter mediale Aufmerksamkeit erzielt und auch noch ein bestimmtes Publikum angesprochen werden. Die Orientierung an der Gesamtbevölkerung geht aber auf diese Weise verloren.

Eine radikale Weiterführung der Formwahl der Stop-Aids-Kampagnen kann plötzlich auch unerwünschte Nebeneffekte erzeugen, in dem die Form vor den Inhalt gestellt wird. Der Inhalt der Grundbotschaft, sich vor HIV/Aids-Infektion mit dem Kondom zu schützen, erfordert die Berücksichtigung von ethischen Zusammenhängen. Auf ethische Zusammenhänge ist seit Beginn der Kampagnen geachtet worden. Dies sollte in Zukunft noch vermehrt geschehen.

5. Ergebnisse der Analyse

Wenn die Fokussierung auf die Zeitgeistorientierung im Hinblick auf die HIV/Aids-Thematik bisher Erfolg gehabt hat, bedeutet dies noch nicht, dass die Kampagnen-Linie aufbauend auf der medialen Erotisierung die einzig mögliche Form der Bevölkerungsinformation darstellt.

5.3.1 Empfehlungen zur zukünftigen Formwahl

Vor allem Strassenplakate, TV-Spots und weniger Kino-/Radio-Spots und Zeitungsinserate sind die Verstärker der Prävention in der breiten Öffentlichkeit in punkto HIV/Aids. Sie helfen bei der Vertiefung der HIV/Aids-Thematik über andere Informationskanäle, wie zum Beispiel über Broschüren für spezifische Zielpublika.

Bei der Formwahl muss von einer weiteren Radikalisierung, der am medialen Zeitgeist orientierten und damit erotisierenden Bildern, Abstand genommen werden. Eine Fortsetzung über andere Formbezüge sollte gefunden werden. Zum Beispiel die Vermittlung der Kondomnutzung durch sinnliche Themen aus dem Beziehungsleben, wie zum Beispiel Stories, Episoden und Irrationalitäten von in zwischenmenschlichen Beziehungen lebenden Individuen. Die Sexualität und Sinnlichkeit ist im Hinblick auf die HIV/Aids-Thematik zentral, und diese beginnt im öffentlichen Raum und nicht erst im Schlafzimmer. Eine derartige Formwahl könnte ebenfalls spassig, überraschend und griffig gestaltet werden – und vor allem mit mehr differenzierter Sinnlichkeit.

5.4 *Die Organisation der Kampagnen*

Die Stop-Aids-Kampagnen wurden bisher in einem Zusammenspiel eines Teams von Experten organisiert – des so genannten Kreativ-Teams – und durch eine in Bezug auf das BAG externe Agentur realisiert. Im Expertenteam waren zu den Inhalten der Kampagnen unter anderem Vertreter des Bundes und der Aids-Hilfen mit der Agentur in ein offenes Gespräch verwickelt. Daraus entstanden die Botschaften und die grossen Linien der Bevölkerungsinformation.

Das Kreativ-Team, lange Zeit mit innovativer Wirkung auf die Kampagnensteuerung, hat in den letzten Jahren an Bedeutung verloren. Der Ablauf hat sich formalisiert, die Treffen sind während der Jahre seltener geworden und das Team sieht sich aktuell bedeutenden personellen Veränderungen gegenüber. Die Lei-

5. Ergebnisse der Analyse

tion der Kampagnen hat eine Verschiebung vom Kreativ-Team zum Bundesamt für Gesundheit erfahren, das vermehrt mit der Agentur⁸ direkt zusammenarbeitet.

Relevante Informationen aus dem Expertendiskurs: Die Expertenwelt der bundesweit organisierten HIV/Aids-Prävention hat sich an der Kampagnenentwicklung über Jahre hinweg beteiligt. Experten des HIV/Aids-Bereichs sind aktive Mitträger der Kampagnenrealisation. Insbesondere die Mitglieder des Kreativ-Teams haben streckenweise eine gemeinsame Identität entwickelt, die diese als eine Art „verschworene Familie“ gegen aussen in Erscheinung treten lassen. Die Kontinuität der Arbeit mit der beauftragten Agentur hat dabei bewirkt, dass die externe Agentur Teil der Familie wurde und damit an professioneller Distanz verlor. Damit wurden viele Thematiken nicht mehr aufgegriffen, und eine gewisse Selbstreferenz in der Expertenwelt bezogen auf die Kampagnen hat sich breit gemacht.

Die gemeinsame Arbeitsbasis hat sich gewissermassen über Jahre entwickelt und verstärkt, und die Kampagnen wurden vermehrt ein Produkt einer Expertenwelt für die Laienwelt. Damit einher geht jedoch auch ein grundsätzliches Risiko einer Abkoppelung derselben. Starke Identitäten führten zu fragwürdigen Sicherheiten für die Realisierung der Kampagnen, aber auch zu Radikalisierungen von anfänglich innovativen Ideen. Die sich zeigende kreative Krise der Expertenwelt scheint mit einer Abkoppelung von der Laienwelt und der Wissenschaft im Zusammenhang zu stehen. Experten haben auch die Überlegung eingebracht, dass sich das BAG bei der Wahl der neuen Agentur von aussen beraten lassen sollte.

Relevante Informationen aus der Welt der Wissenschaft: Die Wissenschaft versteht aktuelle organisatorische Schwierigkeiten mit der Kampagnensteuerung nicht. Die Kampagnen sind das beste breit in die Bevölkerung hinein wirkende Produkt des Bundesamtes für Gesundheit. Dieser Eindruck vermittelt sich weiterhin. Deshalb kann hier auch von kognitiven Dissonanzen gesprochen werden, die nur durch eine Wiederherstellung und Erneuerung diskursiver Schnittstellen

⁸ Seit dem Beginn der Stop-Aids-Kampagnen war immer die gleiche externe Agentur mit den Kampagnen beauftragt, die cR/DDB Basel.

5. Ergebnisse der Analyse

zwischen Wissenschaft, Experten und Laien durchbrochen werden kann. Diese Schnittstellen müssen in zukünftigen Kampagnenplanungen reflektiert werden.

Zum persuasiven Staat: Der Bund bzw. das BAG hat mit der beschriebenen Entwicklung einen Teil seines Einflusses auf die strategische Kampagnensteuerung abgegeben – oder sogar verloren. Aktuell kann ein Vakuum der Verantwortung im Bereich der Strategie-Entwicklung festgestellt werden. Oder anders umschrieben: Jeder wartet auf jeden und niemand hört auf niemanden. Zur Organisation der Wahrnehmung des HIV/Aids-Risikos in der Gesamtbevölkerung gehört, auf die sich neu abzeichnende Situation rund um HIV/Aids einzugehen. Das Stichwort dazu lautet, Chronifizierung der – jedoch immer noch unheilbaren – Krankheit (in der Expertenwelt als „neues Aids“ bezeichnet). Hier muss schnell eine klare strategische Orientierung gewonnen werden, damit der Staat weiterhin seine aktive Rolle behält. Würde diese veränderte Situation weiterhin nicht aktiv reflektiert, im Diskurs kreativ erstritten und kommuniziert, kann der Staat schnell in eine reaktive Ecke gedrängt werden, aus der nicht mehr so schnell herauszukommen ist.

Die Schlüsselfrage muss gestellt werden, wie die verschiedenen Wissensproduzenten wieder neu zusammengeschlossen werden könnten. Die Public-Health-Ziele des Bundes – keine Neuinfektionen und Solidarität – müssen auf neue Art und Weise instrumentalisiert werden. Die anstehende Situation einer kreativen Krise braucht innovative organisatorische Massnahmen seitens des BAG, die vorderhand fehlen.

Zum Social Marketing: Die aktuelle Situation rund um die Kampagnensteuerung scheint nicht nur an organisatorischen Konzepten zu leiden, sondern auch an einem konsequenten Ethikbezug im organisatorischen Sinne. Durch die Abkopplung der Expertenwelt von der Laienwelt wird riskiert, das Produkt HIV/Aids zu einem Denkmal werden zu lassen und seinen Weltbezug – und damit an grundlegender Wertigkeit für die Gesundheit der Bevölkerung – zu verlieren. Die externe Agentur sucht inzwischen ihren notwendigen Diskurs selbst und findet scheinbar nur mehr in Eigenaktivität notwendige Ansprechpartner und Grundinformationen, die helfen können, das Feld der aktuellen HIV/Aids-Thematik wieder einzugrenzen und griffig zu gestalten.

5. Ergebnisse der Analyse

Der Preis eines Denkmals HIV/Aids wäre ein Stop der Stop-Aids-Kampagne. Dass dies einmal eintreten wird, kann nicht von der Hand gewiesen werden. Doch ist der jetzige Zeitpunkt sehr ungünstig, denn in Europa verunsichern Neuinfektionen die Präventionsverantwortlichen vieler Länder.

Externe Agenturen spielen bei Kampagnen der Wirtschaft in der Regel eine grundlegend andere organisatorische Rolle als bei der Gesundheitsprävention. Präventionskampagnen erfordern eine deutlich stärkere Partizipation und ein intensives Mitdenken von den Agenturen. Sie müssen ihren Part im ausgeweiteten Diskurs mit beteiligten Experten, mit den Laien sowie der Wissenschaft aktiv finden.

Die Verantwortung wiegt ungleich schwerer und anders, für den Staat und die Bevölkerung zu arbeiten, als Produkte zu lancieren und die Verkaufsförderung derselben zu bearbeiten. In diesem Zusammenhang muss auch die Radikalisierung der Kampagnen-Linie bzw. der bisher gewählten Form gesehen werden. Mehr desselben würde letztlich weniger bedeuten und damit Image- und Glaubwürdigkeitsverlust des BAG als Bundesstelle nach sich ziehen.

5.4.1 Empfehlungen für die zukünftige Organisation

Die externe Agentur, die die Verantwortung für die kreative Realisierung wahrnimmt, muss wieder vermehrt als Verkäufer einer durch das BAG selbst entwickelten Strategie der Bevölkerungsinformation betrachtet werden. Verkäufer brauchen einen gezielten Diskurs mit dem Auftraggeber, eine gesundheitspolitisch grundlegend abgestimmte Strategie und in einem gewissen Sinne auch „Schulung“. Dies bedeutet, dass wieder klare Aussagen zur aktuellen Situation der HIV/Aids-Thematik gemacht werden müssen. Das bedeutet wiederum, längerfristige Orientierungen zu gewinnen, organisierte Feed-back-Prozesse auf der Basis von durchgeführten Evaluationen einzuleiten, moderierte Diskurs- und Fokusgruppen durchzuführen sowie gezielte Laienkontakte zu suchen.

Die Bevölkerung muss dort angesprochen werden, wo sie sich selbst im Zusammenhang mit dem Schutz vor HIV/Aids sieht. Dementsprechend müssten neue Indikatoren in die Evaluation von zukünftigen HIV/Aids-Präventionsmassnahmen im Sinne der Kampagnensteuerung eingebaut werden.

5. Ergebnisse der Analyse

Es braucht nicht nur die Beantwortung der Fragen zum Price und zur Promotion. Ebenfalls sollten Fragen zum Product, zum Place und zur Public von HIV/Aids bezogen auf die Gesamtbevölkerung beantwortet werden und damit zu allen Faktoren des Marketing-Mix (vgl. Anhang 2).

Für den Zweck des gesundheitspolitisch und marketingmässig unterlegten Diskurses sollte die Funktion des bisherigen Kreativ-Teams reflektiert werden. Weiterhin sollten eine oder mehrere „Kreativ-Gruppen“ die HIV/Aids-Präventionskampagnen begleiten. Diese sollten in einer wechselnden Art und Weise zusammengesetzt und den jeweils aktuellen Anforderungen an die Bevölkerungsinformation angepasst werden. Auf diese Weise könnten bekannte Eigendynamiken sowie systemische Geschlossenheiten von Arbeitsgruppen immer wieder durchbrochen werden.

Allgemein und schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass es eine Erneuerung und Vertiefung der Positionierung der Stop-Aids-Kampagnen braucht, damit sie auch in Zukunft wirksam bleiben und Erfolg haben.

6. Generelle Folgerungen

Die Studie hat gezeigt, wie wichtig eine regelmässige Überprüfung der Zielsetzungen von Gesundheitspräventionskampagnen ist und wie sehr sich der Staat bei der Entwicklung seiner Kampagnen nicht auf eine simple, eingleisige Beziehung zu den Bürgern und Bürgerinnen einlassen darf. Der Staat vertritt im Bereich der Bevölkerungsinformation eben auch soziale und ethische Positionen und steht für „progressive“ Werbung. Dies bedeutet, er kann gesellschaftliche Tendenzen nicht einfach bestätigen, vielmehr muss er sie hinterfragen und transparent machen. Eine solche Besonderheit der Bevölkerungsinformation verlangt nach demokratischen Absicherungen – vornehmlich über partizipative Vorgehensweisen und Aktivierung von Schnittstellen zum Bürger, zu weiteren staatlichen und privaten Akteuren und zur Wissenschaft.

Diese besondere Ware, die staatliche Akteure verkaufen, schafft damit nicht nur ein Bild über das Thema, zu dem der Staat Stellung nimmt, sondern zum Staat insgesamt. Gibt sich der Staat in den Aussagen pluralistisch oder wird eine Lebensform privilegiert? Gibt sich der Staat moralisch oder argumentiert er pragmatisch? Entscheidungen über solche wichtigen Fragestellungen wirken auf das Gesamtbild des Staates zurück, der durch eine kohärente Bevölkerungsinformation auch seine Tätigkeit *tout court* im Bereich der Information – hier der Gesundheitsprävention – legitimiert. Daraus lässt sich schliessen, dass die HIV/Aids-Prävention nicht nur zu HIV/Aids Aussagen macht, sondern eben auch zum Staat, zu seinen Kampagnen insgesamt, zu seiner Modernität.

Diese Perspektive, die in der Studie von Anfang an reflektiert wurde – vom Nimbus der Kampagnen bis zur Organisation der Kampagnen –, kann nicht tagespolitischen Einschätzungen zu Sparpotenzialen oder politischer Opportunität geopfert werden. Es geht nicht nur um die HIV/Aids-Prävention, sondern um die Glaubwürdigkeit des Staates im Bereich der Bevölkerungsinformation insgesamt.

Das Defizit an Steuerung, das sich in den letzten Jahren im Bereich HIV/Aids ergeben hat und das sich mit einer Art Routinisierung und Abkoppelung von Engagement erklärt, ist deshalb nicht nur innerhalb der Stop-Aids-Kampagnen problematisch. Vielmehr sind solche Zusammenhänge auch über die verschiedenen Aktivitäten im Bereich Gesundheitsprävention hinaus als Risiko staatli-

6. Generelle Folgerungen

chen Profilverlustes heikel. Die Bevölkerungsinformation braucht insgesamt starke koordinative Elemente zwischen verschiedenen thematischen Bereichen, damit der Staat auch längerfristig seine Rolle glaubwürdig wahrnehmen kann. Nicht Moden, sondern umsichtige Orientierungen, Ziele und Strategien müssen die verschiedenen Kampagnen verbinden.

Unsere Analyse hat an der Oberfläche dieser Problematik staatlich gesteuerter Bevölkerungsinformation gekratzt und einige Fragen aufgeworfen, die nach Vertiefung rufen. Die kurze Projektzeit, die in keinem Verhältnis zu den relevanten Fragen, die uns aufgetragen wurden, steht, reichte nicht aus, detaillierte Argumente für eine Neuorientierung der HIV/Aids-Präventionskampagnen zu liefern. Dennoch gelang es, generelle zukünftige Stossrichtungen zu skizzieren.

Eine Vertiefung wäre insbesondere hinsichtlich der Bevölkerungsmeinung nötig, die über unsere drei Fokusgruppen und die Zweitanalyse der Auswertungen zu den Kampagnen nur sehr beschränkt erfasst wurde. In Zukunft müsste in Umfragen nicht nur im Bereich HIV/Aids, sondern über alle Bereiche der Bevölkerungsinformation des Bundes evaluativ mit einem gleichen Set von Fragen vorgegangen werden. Dabei müssten vor allem ethische und soziale Komponenten, aber auch das Bild des Staates hinterfragt werden. Dies würde zu einem leichter zu handhabenden Kompass, der Werte, Grundhaltungen und Bedürfnisse von Bürgern orten kann, führen. Ein solcher Kompass liesse die staatliche Kampagnensteuerung und deren Wirkungen aus der Warte des Social Marketing zusätzlich überprüfen. Mit derartig ausgerichteten Evaluationen würde eine Feinsteuerung von Kampagnen erst möglich.

Dies alles setzt jedoch eine vermehrte konzeptuelle Steuerung der Evaluationen von Seiten des Staates voraus.

Bibliographie

Bibliographie

- Austin, John L. (1975). *Sinn und Sinneserfahrung*. Stuttgart:Reclam.
- Bachrach, Peter et Morton S. Baratz (1970). *Power and Poverty. Theory and Practice*. New York: Oxford University Press.
- Baptiste, René (1998). *Le Social est à Partager. Les réseaux de l'entreprise associative de service social*. Paris:TSA Editions.
- Baptiste, René (1996). *Le Social mérite mieux*. Genève:Editions des deux continents.
- Baptiste, René (1990). *Renover l'Action Sociale par le Management et par le Marketing*. Lion:C.R.E.A.I. Rhône-Alpes.
- Bachmann, Carine, Ruth Bachmann et Sandro Cattacin (2002). *Risikoverwaltung: Lernen aus der eidgenössischen Politik im Umgang mit Gesundheitsrisiken. HIV/Aids, Hepatitis C und BSE im Vergleich*. Basel und Stuttgart: Helbing & Lichtenhahn, im Erscheinen.
- Baker, Michael J. (Hrsg.) (1999). *Encyclopedia of Marketing*. London:Thomson Business Press.
- Baumann Zygmunt (1994). *Tod, Unsterblichkeit und andere Lebensstrategien*. Frankfurt M.: Fischer.
- Baumann Zygmunt (1997). *Flaneure, Spieler und Touristen. Essays zu postmodernen Lebensformen*. Hamburg:Hamburger Ed.
- Blumer, Herbert (1969). *Symbolic Interactionism, Perspective and Method*. Englewood Cliffs.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (1999). *HIV und Aids. Nationales Programm 1999-2003*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bruhn, Manfred und Meffert, Heribert (Hrsg.) (1998). *Handbuch Dienstleistungsmanagement. Von der strategischen Konzeption zur praktischen Umsetzung*. Wiesbaden: Gabler.
- Bütschi, Danielle et Sandro Cattacin (1994). *Le modèle suisse du bien-être, Coopération conflictuelle entre Etat et société civile: le cas de l'alcoolisme et du vih/sida*. Lausanne: Réalités sociales.

Bibliographie

- Cattacin, Sandro (1999). *The Organisational Normalisation of Unexpected Events: The Case of HIV/AIDS in Perspective*. Genève: Working Paper 3/1999 du resop.
- cR/DDB Basel (1999). *Aids 2000 + Zwischen Apokalypse und Euphorie*. Dokumentation der Konkurrenzpräsentation im Rahmen der Ausschreibung der Stop-Aids-Kampagnen 1999 bis 2002
- Dechmann, Manfred (1978). *Teilnehmende Beobachtung als soziologisches Basisverhalten*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Dechmann, Manfred (1977). *Sprache, Denken, Wissenschaft*. Bern, Frankfurt a.M., Las Vegas: Peter Lang.
- Elias, Norbert (1976). *Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen, 2 Bände*. Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Elser, Siegfried (1991). *Das Erlebnis Marketing. Praktische Schritte zur erfolgssicheren Konzeption*. Frankfurt M.:Frankfurter Allgemeine Zeitung.
- Fehér, Ferenc et Agnes Heller (1994). *Biopolitics*. Aldershot: Ashgate.
- Foucault, Michel (1971). *Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines*. Paris: Gallimard.
- Gerber, Martin und Gruner Heinz (1999). *FlowTeams – Selbstorganisation in Arbeitsgruppen*. Goldach: Orientierung/Credit Suisse.
- Glaser, B.G. and Anselm Strauss (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine.
- Goffman, Erving (1976). *Rahmenanalyse*. Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderen Insassen*. Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Goldberg, Marvin E., Fishbein, Martin, Middlestadt, Susan E. (Hrsg.) (1997). *Social Marketing. Theoretical and Practical Perspectives*. Mahwah, New Jersey, London:Lawrence Erlbaum Associates.
- Gosejacob-Rolf, Hille, Arndt, Thomas, Döppenschmitt, Silvia, Gärtner, Dorothea, Strotkötter, Gisela (Hrsg.) (1998). *Strategische Sozialarbeit. Aus der Praxis für die Praxis*. Eigenverlag des DBSH, des Deutschen Berufsverbandes für Sozialarbeit - ISBN 3-00-003377-7.

Bibliographie

- Gronemeyer, Marianne (1996). *Das Leben als letzte Gelegenheit. Sicherheitsbedürfnisse und Zeitknappheit*. Darmstadt: Primus.
- Habermas, Jürgen (2001). *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?*. Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Habermas, Jürgen (1997). *Vom sinnlichen Eindruck zum symbolischen Ausdruck*. Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Habermas, Jürgen (1992). *Faktizität und Geltung*. Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Hewitt, John P. (1979). *Self and Society: a Symbolic Interactionist Social Psychology*. Boston, London, Sydney, Toronto: Allyn and Bacon, Inc.
- Hollenstein, Hans (2001). *Strategische Führung in der Verwaltung. Ein Leitfaden für die Legislaturplanung*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Horx, Matthias und Wippermann, Peter (1995). *Markenkultur. Wie Waren zu Ikonen werden*. Düsseldorf: Econ.
- Kotler, Philip und Andreason, Alan R. (1999). *Strategic marketing for non-profit organizations*, in Baker, Michael J. (1999). op.cit.
- Kotler, Philip und Bliemel, Friedhelm (1995). *Marketing-Management*, Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Kotler, Philip und Roberto, Eduardo (1991). *Social Marketing*, Düsseldorf, Wien, New York: Econ.
- Kremer, Heidemarie (Hrsg.) (2000). *Storchenbeine im Minirock. Frauen, HIV und Aids*. München: Eigenverlag von Aids-Hilfe-Organisationen - ISBN 3-00-006088-X.
- Lehmann, Axel (1995). *Dienstleistungsmanagement. Strategien und Ansatzpunkte zur Schaffung von Servicequalität*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Luckmann, Thomas (1998). *Moral im Alltag. Sinnvermittlung und moralische Kommunikation in intermediären Institutionen*. Gütersloh: Bertelsmann.
- Luhmann, Niklas (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*, Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1996). *Die Realität der Massenmedien*. Opladen: Westdeutscher Verlag,

Bibliographie

- Martens, Ekkehard (Hrsg.) (1975). *Pragmatismus. Ausgewählte Texte von Ch. S. Peirce, W. James, F. C. S. Schiller, J. Dewey*. Stuttgart: Reclam.
- Olins, Wally (1990). *Corporate Identity. Strategie und Gestaltung*. Frankfurt M., New York: Campus.
- Powell, Richard A. et Helen M Single (1996). "Focus Groups", *International Journal for Quality in Health Care* 8(5): 499-504.
- Renschler, Isabelle, Maggi Jenny, Sandro Cattacin und Dominique Hausser (2002), *Orientations et modèles de politiques de la santé en Suisse. Etude comparative dans trois réalités suisses des champs du VIH/sida et des maladies cardio-vasculaires*. Manuskript.
- Ries, al und Ries, Laura (1999). *Die 22 unumstösslichen Gebote des Branding*, München, Düsseldorf: Econ.
- Rother, Rea (1999). *Verlorene Kinder. Kleinstadtjustiz im Zeitalter von Aids*. Zürich: Limmat Verlag.
- Savage, Charles M. (1997). *Fifth Generation Management. Kreatives Kooperieren durch virtuelles Unternehmertum, dynamische Teambildung und Vernetzung von Wissen*. Zürich: Hochschulverlag der ETH.
- Seibel, Wolfgang (1992). *Funktionaler Dilettantismus. Erfolgreich scheiternde Organisationen im „Dritten Sektor“ zwischen Markt und Staat*. Baden-Baden: Nomos.
- Somaini, Bertino (1994). *Prävention in der Schweiz. Umsetzungproblem am Beispiel Aids*. Bern: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Spiegelberg, Herbert (1971). *The Phenomenological Movement. A Historical Introduction*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Staub, Roger (1990). *Die STOP-AIDS Story 87-89, Rechenschaftsbericht 1987-1989 über die Präventionskampagne der Aids-Hilfe Schweiz in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheitswesen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Staub, Roger (1998). "Sida: phase finale de l'épidémie ou phase de normalisation?" in (éd.), *Les mondes du sida. Entre résignation et espoir*. Berne: Sida Info Doc Suisse, pp.

Bibliographie

- Stemmler, Dieter (Hrsg.) (1996). *Soziale Fragen an der Schwelle zur Zukunft. Neue Strategien für sozialtätige Organisationen und ihre Mitwirkenden*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Stemmler, Dieter (Hrsg.) (1992). *Marketing im Gesundheits- und Sozialbereich. Einführung und Grundlagen für die Praxis*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Strauss, Anselm und Juliet Corbin (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Sveiby, Karl Erik und Lloyd, Tom (1995). *Das Management des Know-how. Führung von Beratungs-, Kreativ- und Wissensunternehmen*. Frankfurt M., New York: Campus.
- Twisselmann, Wiebke, Schmid, Margrit, Somaini, Bertino (2001): *Transfer – HIV/Aids-Fragen und Lehren für Public Health und Gesundheitspolitik*. Schweizerischer Nationalfonds, Fachkommission Aids.
- Wasserfallen, François (1992). "La prévention du sida ou la complémentarité des différences", in Gottraux-Biancardi (éd.), *Air pur, eau claire, préservatif*. Lausanne: Editions d'en bas, pp. 161-169.
- Willke, Helmut (1992). *Ironie des Staates*. Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Willke, Helmut (1997). *Die Supervision des Staates*. Frankfurt M.: Suhrkamp.
- Zurn, Pascal, Patrick Taffé, Martin Rickenbach et Jean-Pierre Danthine (2001). *Social Cost of HIV Infection in Switzerland*. Lausanne: IEMS.

Anhänge

Anhang 1: Zum diskursiven methodischen Vorgehen

Anhänge

Anhang 1: Zum diskursiven methodischen Vorgehen

In Zeiten der Wissens- und Informationsgesellschaft spielt der gezielt organisierte und systematisch durchgeführte Diskurs eine immer wichtigere Rolle. Und zwar in der Wissenschaft, in der Organisationsentwicklung, in der Produktentwicklung, in der Dienstleistungsentwicklung oder in Projekten. Durch Schlüsselfragen öffnet der Diskurs das Denken der Beteiligten und baut gleichzeitig auf deren Erfahrungen auf. Auf diese Weise kann das bestehende Know-how abgefragt, auf seine Kohärenzen hin geprüft und durch einen gemeinsamen und kreativen Denkprozess erweitert werden.

Grundsätzlich gilt, dass der Diskurs in einem geschützten Rahmen stattfinden muss, soll er erfolgreich verlaufen. Die neutrale Moderation durch externe Fachleute kann die Organisation dieses Schutzraums vereinfachen. Der Diskurs ist anfällig und kann leicht unterbunden oder gestürzt werden, zum Beispiel durch Berührungängste zwischen Beteiligten, Mitarbeitenden oder Experten; durch ungeklärte Fragen der Machtverteilung und allfälliger Veränderungen derselben; durch Ungereimtheiten in Fragen der Delegation von Aufgaben etc.

Beim Diskurs spielt die Sprache bzw. der so genannte Sprachduktus eine eminent wichtige Rolle. Im Falle der Stop-Aids-Kampagnen geht es letztlich um die Verständigung nicht nur über die Ziele der Stop-Aids-Kampagnen, sondern eben so sehr über die Art und Weise der Vermittlung und die Wahl der Formen. Damit wird die Aufgabe eines gemeinsamen Sprachduktus, der immer auch auf einem gesundheitspolitischen Konsens aufbauen muss, eine organisatorische Angelegenheit. Diese Diskursaufgabe liegt, wie die Analyse zeigt, weitgehend in den Händen des Bundesamtes für Gesundheit. Damit steht das BAG in Zugzwang.

In solchen Zusammenhängen wird im Dienstleistungsmanagement auch von einer Bring- und Holschuld gesprochen. Angesichts der komplexen Aufgabe der Kampagnensteuerung ist die Fortsetzung des mit dieser Analyse eingeleiteten Diskurses auch eine dankbare Aufgabe. Denn der Diskurs bietet nicht zu unterschätzende Sicherheiten, wenn es darum geht, strategische Neuorientierungen zu entwickeln und umzusetzen.

Anhang 1: Zum diskursiven methodischen Vorgehen

An dieser Stelle seien nochmals die wichtigsten Begriffe zusammengefasst, die den Sprachduktus der Analyse prägten. Die Übersicht soll dazu dienen, sich den durch die Analyse organisierten Diskurs immer wieder in Retrospektive vor Augen zu führen. Zu den wichtigsten Begriffen gehören:

- Der zu Grunde gelegte Marketing-Mix mit den fünf Leitfragen der Analyse – individuelle Empfindungen gegenüber HIV/Aids, Schutzverhalten, Stellenwert der Krankheit sowie Eindruck von und Präsenz der Thematik HIV/Aids in der Öffentlichkeit.
- Die phänomenologische Einbettung des Gegenstandes der Analyse – HIV/Aids im Hinblick auf die Bevölkerung bzw. Strategien nachhaltiger Bevölkerungsinformation.
- Der Denkansatz des Social Marketing mit den drei Dimensionen – Ethik, Voluntarismus, Kampagnensteuerung.
- Der Denkansatz des persuasiven Staates – Erfolgs-Nimbus der Stop-Aids-Kampagnen mit Wirkung auf alle weiteren Gesundheitspräventionskampagnen des Bundes.
- Das wissenssoziologische Phänomen des Menschen als Theorienbildner.
- Die sieben Schnittstellen der drei Wissenswelten als Schlüsselmodell der Analyse – Laienwelt, Expertenwelt und Wissenschaft.
- Die Triangulation der gewonnenen Daten und Informationen an Hand von vier Fragestellungen – zu Zielen, zur Botschaft, zur Formwahl und zur Organisation der Präventionskampagnen gegen HIV-Neuinfektionen.

Die begrifflich präzise und systematisierte Linienführung in der Studie ist sowohl induktiv, als auch deduktiv erfolgt. In diesem Zusammenhang wird auch von einem so genannten iterativen Verfahren gesprochen. Die gewonnenen Beobachtungen aus dem Diskurs werden in allen ihren Facetten so lange durch Nachfragen bei und durch wiederholte Diskussionen mit ausgewählten Schlüsselpersonen sowie systematisierten Vergleichen von Informationen, Daten, Sekundäranalysen und gezielten Erhebungen geprüft, bis über die Richtigkeit der vorgenommenen Schlüsse aus den Beobachtungen eine Grundüberzeugung gewachsen ist.

Anhang 1: Zum diskursiven methodischen Vorgehen

Ein derartiges Ausreizen bis an die Grenzen der Bedeutungen, Interpretationen und Konsequenzen von Informationen ist eine der wichtigsten Aufgaben beim diskursiven und iterativen Verfahren. Es erhält zusätzliche Bedeutung, wenn der Diskurs für die wissenschaftliche Erkenntnisgewinnung eingesetzt wird. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie entsprechen Schlussfolgerungen aus Beobachtungen, Daten und Informationen mit dem Status einer Intersubjektivität. Eine Intersubjektivität, die aus dem Diskurs mit Laien, Experten und Wissenschaftlern erfolgte und jederzeit überprüft werden kann.

Anhang 2: Der Marketing-Mix der HIV/Aids-Präventionskampagnen des Bundes – ein Vorschlag

Der Marketing-Mix ist im Marketing und Social Marketing immer dann ein unverzichtbares und letztlich praxisorientiertes Instrument, wenn es darum geht, evaluatorische und/ oder strategische Prozesse einzuleiten und zu systematisieren. Seine fünf Faktoren, die so genannten fünf P's im Englischen – Product, Price, Promotion, Place, Public – können auch als so genanntes Mnemogramm bezeichnet werden. Die Faktoren helfen bei der Planung und Realisierung von Marketingmassnahmen an alle organisatorischen Aspekte zu denken. Dazu gehören auch wissenschaftliche Analysen.

Product

Erste Leitfrage der Evaluation: Welche Empfindungen und Bilder löst HIV/Aids in der Bevölkerung aus?

Aids wird hervorgerufen durch das HI-Virus. Die Übertragung des HI-Virus erfolgt durch den Austausch von Körperflüssigkeiten wie Blut, Sperma und Vaginalsekret.

Die hauptsächlichen Wege der Übertragung sind Geschlechtsverkehr, Austausch von Spritzenbesteck und Bluttransfusionen.

HIV/Aids ist in der Regel eine unheilbare Krankheit. Virusträger ist man lebenslang.

Price

Zweite Leitfrage der Evaluation: Wie gross ist der Anteil in der Bevölkerung, der sich vor HIV/Aids konsequent schützt?

HIV/Aids hat einen hohen Preis. Der Gedanke an HIV/Aids löst Befürchtungen und Ängste vor Krankheit und Tod aus.

Anhang 2: Der Marketing-Mix der HIV/Aids-Präventionskampagnen des Bundes – ein Vorschlag

HIV/Aids hat sich primär durch Medikamenten-Therapien zu einer chronifizierten Krankheit entwickelt.

HIV/Aids stellt in der Regel immer noch einen existenziellen Angriff auf das Individuum dar.

In der Gesamtbevölkerung hat HIV/Aids vielfältige Bedeutung erhalten: gesundheitlich, sozial, kulturell, politisch und wirtschaftlich.

HIV/Aids ist mehr als eine unheilbare Krankheit. HIV/Aids stellt die Frage nach den gelebten Beziehungen in den Raum.

HIV/Aids ist ein wachsender Kostenfaktor im Gesundheits- und Sozialwesen sowie ein bedeutender Wirtschaftsfaktor.

Promotion

Dritte Leitfrage der Evaluation: Welchen Stellenwert haben Massnahmen gegen HIV/Aids in der Bevölkerung?

HIV/Aids ist ein Risikofaktor der Moderne. Vor HIV/Aids kann sich jede/r schützen.

Die Verbreitung von HIV/Aids kann durch Präventionsmassnahmen des Staates, von privaten Sozialorganisationen, Initiativen und Selbsthilfegruppen verhindert werden.

Der Schutz des Menschen vor Krankheitserregern wird ausser Kraft gesetzt. Das Immunsystem wird durch das HI-Virus angegriffen und mit dem Ausbrechen der Aids-Krankheit schliesslich zerstört.

Die zentralen Zellen zur spezifischen Antikörperbildung, die T-Lymphozyten, werden durch das HI-Virus angegriffen, als Wirtszellen benutzt und ihre Erbinformation umprogrammiert.

Anhang 2: Der Marketing-Mix der HIV/Aids-Präventionskampagnen des Bundes – ein Vorschlag

Place

Vierte Leitfrage der Evaluation: Welchen Eindruck hinterlassen HIV/Aids-Präventionskampagnen und weitere Massnahmen gegen HIV/Aids in der Bevölkerung?

Das HI-Virus kann jeden Menschen infizieren, der sich nicht davor schützt. Die Entscheidung, sich zu schützen, ist in Bezug auf HIV/Aids das zentrale Qualitätsmerkmal von Beziehungen.

Folgende Faktoren und Aspekte spielen bei der Entscheidung, sich vor HIV/Aids zu schützen, eine wichtige Rolle:

- die Sexualpraktiken,
- die Wahl der Sexualpartner,
- das Verantwortungsbewusstsein und die gelebte Liebe,
- die Verdinglichung des Menschen im Sinne des Menschen als Objekt der Begierde,
- die Form, Dauer, Anzahl und Intensität von Beziehungen,
- die Bereitschaft zu sexuellen Aktivitäten,
- die Wahl und Nutzung von halböffentlichen und öffentlichen Räumen, von Treffpunkten sowie von spezifischen Angeboten,
- die Nutzung von Informationsquellen und Medien.

Public

Fünfte Leitfrage der Evaluation: Welche Präsenz hat das Thema HIV/Aids in der Bevölkerung?

Die Gefahren durch das HI-Virus und die unheilbare Krankheit HIV/Aids sind nach 20 Jahren ihres Auftretens in der Öffentlichkeit zu bekannten Fakten geworden.

HIV/Aids ist eine Herausforderung für die Bevölkerung, weil sich alle mit der Bedrohung auseinandersetzen müssen. HIV/Aids ist eine Frage

- der individuellen und gesellschaftlichen Entwicklung,

Anhang 2: Der Marketing-Mix der HIV/Aids-Präventionskampagnen des Bundes – ein Vorschlag

- des individuellen und kollektiven Lernens,
- der Information und des Wissens,
- der Vernunft,
- der Einstellung und der Konsequenzen,
- des Handelns und des Verhaltens,
- der Solidarität,
- der Toleranz,
- der Gesundheitspolitik.

HIV/Aids stellt für die grössten Teile der Bevölkerung eine Einbusse an Lebensqualität dar und bedeutet einen der grössten Verluste an individueller Freiheit der letzten Jahrzehnte – weltweit. Dazu gehören:

- die Bedrohung durch langwierige Infekte und Leistungsabfall,
- der Verlust an Spontaneität beim Sex,
- die Lusteinbusse durch Kondombenutzung,
- die zusätzliche Verkomplizierung des Sexlebens.

Anhang 3: Was sind Fokusgruppen ?

Fokusgruppen sind kleine Diskursgruppen von 5 bis 10 Personen, die über ein Thema debattieren. Die Gruppen werden moderiert und meistens über einen Gesprächsleitfaden inhaltlich bestimmt. Die Diskussionen werden im Nachhinein induktiv analysiert und zur Bewertung und Vertiefung von Fragen herangezogen.

Wann werden Fokusgruppen eingesetzt?

Zum Beispiel für Pretests von Fragebogen, bei Analysen der Wirkung von Kampagnen, für die Vertiefung von Fragestellungen, bei Kurzevaluationen, für die Herausarbeitung von Argumentationslinien in der Konfrontation. Dabei wird im Gegensatz zu Interviews nicht virtuell, sondern direkt mit ausgewählten Personengruppen assoziativ diskutiert.

Wer wird Teilnehmer und Teilnehmerin einer Fokusgruppe?

Die Fokusgruppen werden im Prinzip mehr oder minder repräsentativ für eine Gruppe oder ein Thema zusammengestellt. Die Auswahl der Personen erfolgt meistens nach präzisen Kriterien und sucht so weit wie möglich irrelevante Verschiedenheiten zu vermeiden, um die Fokalisierung auf wenige Einflussfaktoren zu erlauben. Zum Beispiel schwangere Frauen aus Sri Lanka, Männer mit Sprachproblemen, Herzchirurgen etc.

Wer moderiert Fokusgruppen?

Fokusgruppen werden von gut informierten und gut vorbereiteten Personen moderiert. Forschergruppen können die Moderation auch an externe Experten abgeben.

Wie wird das Analysematerial produziert?

Normalerweise werden die Gespräche aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Sie können aber auch zur Vertiefung von Wissen punktuell herangezogen werden. Auch können Videoaufzeichnungen nützlich sein und Beobachter einbezogen werden, die während der Diskussionen „Beobachterprotokolle“ anlegen.

Zu Fokusgruppen: Powell et Single 1996 und den Focus Group Kit von Sage

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Analyse effectuée par Stefano Losa

Nous avons effectué un compte rendu des différents rapports de synthèse des évaluations des campagnes de prévention contre le sida qui s'inscrivent dans la stratégie de prévention du sida mise en place par l'Office fédéral de la santé publique dès 1986. Plus précisément, il s'agit d'une saisie sommaire des principaux résultats de la campagne de prévention STOP-SIDA. Dans ce dessein, nous avons eu recours principalement aux synthèses et résumés et retenus les informations selon cinq dimensions structurelles, à savoir les dimensions émotionnelle, comportementale, sociale, esthétique ou de crédibilité et communicative. Le but était de pouvoir mettre en évidence certains changements intervenus dans la population suite au lancement de la campagne STOP-SIDA. Or, une lecture diachronique n'a pas toujours été possible en raison du caractère sommaire de l'analyse, ainsi que du caractère hétérogène des différentes études. Cependant nous avons cherché, dans les limites du possible, à noter les éléments qui nous sont apparus importants. Ce travail ne se veut aucunement exhaustif, mais peut être considéré comme une première ébauche à une analyse diachronique en profondeur.

Le texte est structuré selon les cinq dimensions évoquées. Chaque paragraphe correspond à un rapport d'évaluation (ou à des études spécifiques). A la fin de chaque chapitre, dans un encadré sont résumés les éléments que nous avons retenus comme importants.

La dimension émotionnelle

Avec la dimension émotionnelle, il s'agit de cerner l'impact du VIH/sida dans la population en termes de craintes et de peurs, ainsi que les réactions individuelles (et collectives) vis-à-vis de personnes séropositives, atteintes par la maladie ou encore vis-à-vis des groupes considérés comme étant à " risque ".

La peur, la crainte

Le SIDA en tant que menace pour soi et pour la population

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

L'évaluation de 1986 (1986), qui vise à cerner l'impact de la diffusion de la brochure d'information distribuée à tout ménage résidant, montre, à travers des indices caractérisant les attitudes de crainte, que le sida n'engendre pas de panique dans la population. Les indicateurs des attitudes de crainte consistent en la vulnérabilité subjective (" penser parfois " à la menace pour soi de la maladie), la vulnérabilité infondée (la mention répétée de risques de contagion involontaire du sida dans des circonstances banales de la vie quotidienne) et la vulnérabilité collective (considérer le sida comme l'un des principaux problèmes menaçant la santé de la population en Suisse). " Le sida n'est ressenti comme problème majeur menaçant la santé de la population que par une personne sur dix. Les atteintes liées à la pollution de l'environnement, les cancers et maladies cardio-vasculaires, et les comportements auto-dommageables (...) sont tous mentionnés dans des proportions plus élevées que le sida " (p. 4).

La brochure semble ne pas avoir eu d'impact sur les attitudes de crainte. " Ces craintes, qui ne sont exprimées que par un faible pourcentage de la population, n'ont ni augmenté ni diminué après la diffusion de la brochure " (p. 4).

Du rapport de synthèse de 1987 (1988), année de lancement de la campagne STOP-SIDA, il ressort que la très grande majorité de la population est convaincue de la réalité du problème du sida. Il est considéré comme un phénomène important, mais il n'est pas perçu " comme une menace majeure pour la population en général " (p. 49). Il est intéressant de remarquer que si en 1986 le sida était placé au 10^{ème} rang comme problème de santé, en 1987 il apparaît au 3^{ème} selon les " jeunes Tessinois " après la drogue et les accidents de la circulation (p. 49). Toutefois, dans la population de 17-30 ans, la peur d'attraper le sida est présente, mais elle n'a pas augmenté au cours des mois si l'on considère l'ensemble de la Suisse (24 % en janvier '87, 18 % en septembre '87). Selon les régions: la peur semble avoir diminué chez les Suisses alémaniques, mais augmenté chez le Romands.

La synthèse de 1988 (1989) indique que la peur de contracter le sida n'a pratiquement pas subi de modifications chez les 17-30 ans depuis 1987 " Il s'agit ici d'une peur vague liée à la possibilité d'attraper le sida et non d'une peur-panique ". (p. 39). Donc on ne retrouve pas la peur-panique (comme avant les campagnes de prévention), même si dans certaines situations de fortes craintes

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

peuvent surgir (par ex. après l'échec de la protection ou dans l'attente du résultat du test). Par contre, " une inquiétude (un sentiment de menace pour soi ou ses proches, par exemple) est souvent perceptible lorsqu'on parle de sida " (p. 39).

Le rapport de synthèse de 1989-1990 (1991) fait état de l'existence dans une partie de la population", d'une crainte diffuse du sida (qui va probablement depuis le fait d'y penser jusqu'à une peur réelle) " (p. 46). En effet, 70 % des gens répondent (questions fermées) " qu'ils seraient préoccupés s'il leur arrivait d'avoir pour la première fois un rapport sexuel avec un nouveau partenaire, 49 % s'ils devaient recevoir une transfusion, 27 % au moment d'embrasser sur la bouche pour la première fois un nouveau partenaire, et 7 % au moment d'aller chez le dentiste " (p. 46) (tiré de l'étude de Villaret M., Domenighetti G.).

Dans les études de Villaret. M. et G. Domenighetti (1990a, 1990b), la question a été posée aux interviewés de savoir si, depuis l'existence du sida, ils " éprouvaient en général anxiété ou angoisse " (1990a, p. 9) Il ressort que " à peu près la moitié des répondants dit non (les hommes le disent plus souvent), et l'autre moitié affirme être parfois ou souvent angoissée par cette maladie " (1990a, p. 9).

Les raisons de ne pas éprouver d'anxiété ou d'angoisse sont : relation stable, n'avoir aucun comportement à risque ou ne pas se sentir concerné (1990a, p. 9). Au contraire, pour ceux qui éprouvent des sentiments d'effroi, les raisons sont le fait d'avoir des enfants (au Tessin surtout les femmes le disent) et parce que c'est un problème qui touche l'humanité et la société (au Tessin, surtout les hommes le disent). En général très peu de gens se sentent personnellement concernés " ou se préoccupent des des amis ou fréquentent des personnes qui ont des comportements à risque " (1990a, p. 9). Du premier rapport, il ressort que ce qui semblet "préoccuper" le plus, ce sont les rapport sexuels avec un nouveau partenaire (CH=69.6 %, TI=66.1 %) suivis des transfusions sanguines en Suisse (CH=48.7 %, TI=49.4 %) et du baiser profond sur la bouche (CH=26.7 %, TI=37.5 %). Le verre, le dentiste, le baiser sur la joue, la piscine et la poignée de main viennent ensuite " (1990a, p. 8). " [...] Les jeunes semblent moins préoccupés que les autres interviewés par les baisers sur la bouche et sur la joue, par le dentiste, et par le fait de boire dans le verre de quelqu'un d'autre " (1990a, p. 8). " Les Tessinois semblent plus préoccupés que les autres par tous

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

les thèmes abordés, sauf par les rapports sexuels et les transfusions sanguines, où ils répondent comme l'échantillon suisse " (1990a, p. 8). " Les Suisses alémaniques sont, en outre, les plus préoccupés par un rapport sexuel avec préservatif avec un nouveau partenaire " (1990b, p. 6). Au contraire, les Romands " sont les moins préoccupés par les rapports sexuels avec des nouveaux partenaires et par les transfusions sanguines en Suisse " (1990b, p. 6). D'une manière générale, " les hommes sont moins préoccupés par les rapports sexuels, le baiser et la piscine que les femmes, qui disent souvent que ces situations ne sont pas envisageables dans leur vie quotidienne et évitent donc de répondre " (1990a, p. 9). Le sida ne semble pas avoir créé de " méfiance dans les contacts sociaux des interviewés " (CH=90 %, TI=84.7 %). Parmi ceux qui se déclarent méfiants, il y a plus d'hommes et de jeunes entre 20 et 29 ans (1990a: p.9). " Enfin, 90 % env. des interrogés affirment que le SIDA n'a pas gâché leur joie de vivre " (1990a, p. 9).

Du rapport de synthèse 1991-1992 (1993), il ressort que le SIDA " demeure une préoccupation de la population ". " La proportion de personnes ayant parfois peur d'attraper le sida est restée stable, entre 18 % et 28 %, depuis 1987 " (p. 134). Selon les évaluateurs, ce résultat est la conséquence de la stratégie choisie pour les campagnes de prévention refusant les arguments qui effrayent, mais qui se focalisent sur la solidarité et la possibilité de maîtriser le risque d'infection.

D'une manière générale, le rapport de synthèse 1993-1995 (1996) confirme que la crainte liée au sida demeure stable, malgré " une proximité croissante de la maladie qui se traduit par une augmentation du nombre de personnes connaissant quelqu'un touché par le virus " (p. 30). Donc : pas d'augmentation des peurs. La " solidarité, pour autant qu'on puisse la mesurer, est majoritairement présente " (p. 46).

Encore une fois, d'une manière générale, le rapport de synthèse de 1996-1998 (1999) confirme que, malgré une proximité croissante de la maladie, " la crainte liée au sida demeure stable " (p. 38). Le bilan d'une décennie de prévention du VIH/sida, qui est présenté dans le rapport en question 1996-1998, soulève le problème de la " Normalisation dans le sens d'une banalisation " : " Le sida devient banal, il fait moins peur, on s'y habitue " (p. 88). D'un côté la banalisation

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

pourrait avoir des conséquences négatives sur la prévention (entre autres, la diminution de la nécessité d'une prévention de la part de la population et diminution de la nécessité de financer la prévention de la part des politiciens). De l'autre côté, pour " les personnes atteintes, la banalisation peut aussi avoir deux visages : Une diminution du rejet (la maladie fait moins peur) et une diminution de la compassion et de la solidarité de la part de la population " (p. 89).

Une lecture diachronique des différents rapports d'évaluation, en ce qui concerne le sentiment de peur vis-à-vis du sida, permet de conclure que la maladie n'a jamais engendré de réactions de panique de la part de la population. Si le sida n'est pas considéré comme une menace majeure pour la population, néanmoins la crainte (parfois) d'attraper le sida existe dans une partie de la population. Or, il s'avère que cette proportion est restée stable au cours des années, malgré la proximité croissante de la maladie. Les préoccupations principales liées au sida dans la population générale semblent être (bien qu'elles n'aient pas été endiguées systématiquement) le fait d'avoir un premier rapport sexuel avec un nouveau partenaire, de recevoir une transfusion sanguine et d'embrasser sur la bouche, une première fois, un nouveau partenaire. La question de la normalisation, voire de la banalisation, du sida est soulevée.

Les réactions émotionnelles : ostracisme, rejet individuel, culpabilisation

Selon le rapport de synthèse de 1987 (1988) il existe " peu de réactions d'ostracisme de la part de la société envers les groupes exposés au risque de sida, les séropositifs ou les malades " (p. 7). Par contre, " des réactions de rejet peuvent apparaître au niveau individuel " (p. 7).

Dans le sondage mené au cours de l'évaluation de 1988 (1989) il apparaît qu'en Suisse les attitudes de stigmatisation et de rejet à l'égard des malades, ou des séropositifs, ou des groupes jugés comme 'groupes à risque' sont peu exprimées publiquement et laissent la place à des attitudes d'acceptation et de solidarité. En revanche, des " attitudes de méfiance ou de rejet existent cependant au niveau individuel, elles se manifestent, par exemple, à travers le comportement envers les personnes atteintes par le virus, qui sont considérées,

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

selon leur appartenance à tel ou tel milieu, comme coupables ou victimes de la maladie " (p. 42), notamment les toxicomanes (p. 14).

Des rapports de Villaret et Domenighetti (1990a, 1990b), il émane que 34.7 % (22.8 %) des Suisses interrogés " pensent que le sida est un avertissement ou un châtement envoyé à l'humanité " (1990a, p. 11) " Les jeunes Suisses le pensent le plus (43 %), alors que les jeunes Tessinois restent dans la moyenne " (1990a, p. 11). Les jeunes, toujours (sauf les jeunes Romands), gardent cependant une attitude culpabilisante égale à celle des autres répondants (1990b, p. 5). Pas de différences entre hommes et femmes. Concernant l'attitude culpabilisante : à la question " ceux qui ont le sida, est-ce leur faute?", 60.8 % des Suisses (49.4 % des Tessinois) sont assez ou totalement d'accord (20-29 ans CH: 61.2 %, 20-29 ans TI: 48.1 %) (1990a, p. 12). Donc, environ 2/3 des Suisses et 1/3 des Tessinois sont d'accord avec cette affirmation. Si les jeunes n'adoptent pas une attitude culpabilisante, les femmes sont moins d'accord avec de telles affirmations (1990a, p. 12). De manière générale donc, l'épidémie est considérée " comme un châtement, un avertissement à l'humanité par 1/3 des répondants et environ 2/3 seraient plus ou moins d'accord pour dire que ceux qui ont le sida c'est bien leur faute " (1990b, p. 5). Les Suisses alémaniques pensent " le plus souvent que le sida est: soit un châtement, soit un avertissement et que ceux qui sont malades c'est bien leur faute " (1990b, p. 6). Les Suisses romands " sont le groupe qui pense le moins que ceux qui ont le sida 'c'est leur faute' " (1990b, p. 6).

Du rapport de synthèse de 1993-1995 (1996), il ressort que " la norme sociale de solidarité est forte en Suisse, notamment grâce aux campagnes STOP-SIDA, et empêche l'apparition de tout phénomène de rejet visible " (p. 246). Les données concernant les réponses spontanées à propos des " moyens de se protéger personnellement du sida" montrent une absence de réponses mentionnant l'évitement de groupes sociaux (...), ou de lieux, ou de circonstances (...) auxquels pourrait être associée une tendance à la stigmatisation " (p. 43). Toutefois, il est rapporté qu'il existe, dans la population en général, " un certain malaise face aux personnes séropositives ou malades du sida, qui est resté inchangé entre 1990 et 1995, et une partie de la population pense que les personnes qui vivent avec le sida sont rejetées " (p. 43). Ce malaise n'alimente cependant pas l'attitude personnelle de rejet. L'image sociale des personnes

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

séropositives (mais non malades du sida) " reste prioritairement celle de malades incurables " (p. 43). Et plus bas : " Ce sentiment que les personnes séropositives constituent un danger pour autrui est tempéré par le sentiment qu'elles prennent des précautions pour ne pas contaminer autrui " (p. 43).

Du rapport de synthèse de 1996-1998 (1999), il émane qu'il existe une " discrimination institutionnelle ou de mauvaises pratiques non spécifiques au VIH/sida (qui concernent aussi d'autres maladies) " (p. 71). Et ce, dans les domaines de la " protection sociale ", de la " confidentialité des données " et du " consentement éclairé des patients " (p. 71). Mais, d'une manière générale, le bilan d'une décennie de prévention du VIH/sida (présenté dans le rapport en question 1996-1998) fait état de l'existence de " peu de discrimination institutionnelle spécifiquement liée au sida " (p. 85). Par contre, l'évaluation (et le bilan) confirme la persistance de " cas de discrimination et de stigmatisation exercées par les individus " (p. 71). Le bilan mentionne également un risque de stigmatisation " résultant du fait de se retrouver infecté par le virus, tandis que l'épidémie sévit depuis longtemps déjà " alors que chacun est censé connaître les risques et s'en protéger " " (p. 86). A signaler encore, le manque de différences (comme selon les sexes, par ailleurs) entre Romands et Alémaniques (niveau élevé et stable) " dans la perception de la capacité des personnes séropositives à prendre des précautions " (p. 45). Par contre, chez les Tessinois, " le niveau est moins élevé " (p. 45).

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

De manière générale, en considérant les différentes évaluations il est possible d'affirmer qu'il existe peu de réactions d'ostracisme ou d'attitudes de stigmatisation à l'égard des malades, ou des séropositifs, ou des groupes jugés comme " groupes à risque ". Également peu de discrimination institutionnelle spécifiquement liée au sida. En ce sens, il semble que la norme sociale de solidarité soit assez forte, en Suisse. Par contre, les différents rapports confirment la persistance de cas de discrimination/stigmatisation et de rejet au niveau individuel. Il existe également une attitude de culpabilisation envers les malades: " c'est leur faute ". A signaler le risque de stigmatisation du fait de se retrouver infecté quand tout le monde est censé connaître les risques et les moyens de se protéger.

La dimension comportementale

En ce qui concerne la dimension comportementale, nous voulons mettre en évidence la mise en place des comportements préventifs concernant le sida dans la population. L'accent est mis sur l'adoption des préservatifs comme moyen de protection, ainsi que sur les sources de résistance vis-à-vis de la mise en pratique de comportements préventifs personnels et notamment l'usage de préservatifs. Reflet de la diffusion au sein de la population des comportements d'autoprotection, nous présenterons également l'évolution de la vente des préservatifs.

Les attitudes et les comportements préventifs

L'adoption de préservatifs

L'évaluation de 1986 (1987) concernant l'impact de la brochure d'information relève que, en ce qui concerne les mesures de protection individuelle contre le risque du sida, l'utilisation du préservatif est passée de 8 % (avant ou pour ceux qui n'ont pas lu la brochure) à 21 % (pour ceux qui l'ont lue).

Pour déterminer l'ampleur des situations à risque et les comportements préventifs, en 1987 (1988), un sondage est effectué, qui se concentre sur les variables suivantes : relations sexuelles occasionnelles (indépendamment ou en dehors d'une relation stable) au cours des six derniers mois et utilisation du préservatif dans ces cas. Le sondage, par enquête téléphonique, sera répété

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

chaque année (monitoring annuel) auprès de la population, entre 17 et 30 ans d'âge, de Suisse alémanique et romande. Dès 1989, le monitoring sera élargi aux 31-45 ans et dès 1991, il comprendra toute la Suisse (y compris le Tessin). De l'enquête de 1987, il ressort que de "nombreux changements de comportement sont rapportés par les personnes interviewées. Ces changements vont dans le sens de l'utilisation de préservatifs, mais aussi de l'adoption d'autres comportements de "safer-sex" (diminution du nombre de partenaires, pratiques érotiques sans pénétration, fidélité mutuelle)" (p. 6). A noter que les déclencheurs quant à l'adoption de comportements préventifs sont la nécessité, la proximité du sida, la confirmation par un proche, la conviction par les pairs, l'accumulation des informations, la peur-inquiétude (et non pas la peur-panique). De manière générale, il ressort donc que: "Les enquêtes qualitatives menées dans les différents groupes sociaux, choisis dans le cadre de cette évaluation, permettent de déceler de nombreux changements d'attitude par rapport au sida et à la manière de se protéger. On constate un affaiblissement des tabous en matière de la sexualité et de pratiques sexuelles. Le message préventif (usage du préservatif, non-échange de seringues, fidélité) a été reconnu comme pertinent" (p. 6). De tels changements sont toutefois très diversifiés, inégalement répartis entre les groupes et impliquant des durées d'installation différentes.

Le rapport de synthèse de l'évaluation pour 1988 (1989) confirme les données recueillies en 1987, qui affirment que les comportements d'autoprotection se poursuivent. Cette évolution, bien que lente et à des degrés divers, est néanmoins observable dans tous les groupes étudiés. L'augmentation significative des comportements de protection personnelle se traduit par le fait que, de plus en plus, de gens qui se protègent au moyen de préservatifs lors de relations sexuelles occasionnelles ou lorsque de nouvelles relations prévues pour durer s'établissent. Seul un petit nombre de personnes n'utilisent jamais de préservatif. Néanmoins, une tendance vers un usage systématique se dessine. Les déclencheurs qui provoquent l'éveil d'une conscience préventive sont identifiés dans la "découverte d'une séropositivité ou du sida chez soi ou chez son partenaire, ou la proximité du sida" (p. 56). Ces déclencheurs qui avaient "essentiellement été mis en évidence en 1987 dans des groupes confrontés depuis longtemps à la maladie, se trouvent moins présents dans les secteurs de la population étudiés cette année, qui sont moins touchés jusqu'à maintenant"

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

(p. 56). D'autres déclencheurs sont: l'accumulation, la convergence et la confirmation par des proches/pairs, les informations.

La synthèse de l'évaluation de 1989 à 1990 (1991) confirme également la progression de l'utilisation systématique du préservatif, notamment avec des partenaires occasionnels, qui est passée de 19 % en janvier 1987 à 73 % en octobre 1990. Chez les jeunes adultes, de 17 à 30 ans, près de la moitié affirment utiliser le préservatif de manière systématique. Les données de 1989 et 1990 suggèrent que " l'usage inconstant du préservatif (*" de temps en temps"*) est devenu plus rare, la majorité des personnes ayant arrêté leur opinion à ce sujet " (p. 50). La proportion de la jeune population ayant des partenaires occasionnels (relations sexuelles occasionnelles lors des six derniers mois) reste stable, mais il y a une " augmentation significative quant à l'autoprotection dans ces situations ". Dès 1989, l'enquête de monitoring annuel, sur les comportements sexuels et de la protection de la population en général, s'est étendue aux adultes âgés de 31 à 45 ans. Il a été constaté que l'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnels était moins fréquente que chez les jeunes adultes ayant le même niveau de connaissances quant aux voies de transmission et aux moyens de protection. Cependant, de 1989 à 1990 l'utilisation du préservatif a progressé de manière significative, " sans atteindre pour autant le niveau de celui des adultes plus jeunes " (p. 50).

Dans le sondage effectué par Villaret et Domenighetti (1990a), il a été posé la question suivante: " Utiliseriez-vous un préservatif avec un nouveau partenaire séronégatif après un test fait quelques jours auparavant? " Les interviewés (20-59 ans) ont répondu " oui " dans 67.8 % des cas pour la Suisse " (1990a, p. 12). " 21.4 % ont répondu qu'ils ne l'utiliseraient pas " (1990a, p. 12).

Au cours des années 1991 et 1992 (1993), l'évaluation confirme une fois de plus l'augmentation " considérable " du niveau de protection par l'emploi de préservatifs dans toutes les classes d'âge de 17-45 ans (aussi bien lors de relations sexuelles occasionnelles que dans celles avec un nouveau partenaire stable), en même temps que la diminution de celles qui n'utilisent jamais de préservatif avec des partenaires occasionnels. En ce qui concerne l'usage du préservatif, lors du dernier rapport en 1992: 32 % des 17-30 ans et 16 % des 31-45 ans disent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel, quel

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

qu'ait été le type de partenaire (stable ou occasionnel). Ici, il ne s'agit pas uniquement d'une contraception, mais également d'une prévention ou d'une protection (cf. p. 22).

Dans l'évaluation de 1993 à 1994 (1995), l'enquête sur les comportements sexuels et concernant la protection démontre que le principal changement intervenu depuis le début de la stratégie en prévention consiste en un " usage accru de préservatifs " en situation d'exposition potentielle. Chiffres à l'appui, " chez les personnes de 17 à 30 ans, l'usage du préservatif lors d'une relation avec un partenaire occasionnel est passé de 8 % en 1987 à 56 % en 1994, et chez celles de 31 à 45 ans de 22 % en 1989 à 42 % en 1994 " (p. 30-31). De même, l'utilisation de préservatifs " au début de la relation avec un nouveau partenaire stable a aussi augmenté " (p. 31) aussi bien pour les 17-30 ans que pour les 31-45 ans. Toutefois, dans le rapport de synthèse '93-'94, il est mentionné l'apparition d'un phénomène de " stabilisation de l'usage du préservatif depuis 1992 " (p. 31). Il semble donc qu'il se produise un phénomène de stagnation dans l'utilisation de préservatifs. La protection systématique par le préservatif est restée stable à un niveau élevé, " mais il n'a, dans l'ensemble, pas été enregistré de nouvelle croissance. Il semble que l'on atteigne un plafond tant en ce qui concerne l'utilisation systématique que la non-utilisation systématique du préservatif. La question se pose donc de savoir quelles mesures prendre pour permettre une nouvelle amélioration de la protection " (p. 179). D'une manière générale donc, la synthèse de 1993-1994 conclut que " les comportements préventifs ont atteint un haut niveau, même si des améliorations sont encore souhaitables " (p. 44). Et plus bas : " De bons comportements de prévention existent dans tous les groupes de population étudiés et les niveaux de protection sont élevés " (p. 46).

Du rapport de synthèse de 1996-1998 (1999), il ressort que le " principal changement intervenu depuis le début de la stratégie de prévention du sida réside dans l'usage accru du préservatif en situation d'exposition potentielle au risque de transmission du VIH " (p. 40). (Cependant le bilan d'une décennie de prévention, mentionne " un certain plafonnement du niveau des comportements préventifs - notable dans la population de 35 ans et dans la population homosexuelle - qu'il est difficile d'interpréter " (p. 85).) En gros, les " trois quarts de la population de 17-30 ans en Suisse - mais seulement la moitié de celle qui

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

a entre 31 et 45 ans – utilisent un préservatif avec leurs partenaires occasionnels ou au début d'une nouvelle relations stable" (p. 48). Cette évolution se retrouve également lors du dernier rapport (p. 40). L'enquête de 1997 considère aussi, pour la première fois, l'évolution de la protection avec un nouveau partenaire stable. Lors du premier rapport sexuel, dans 75 % des cas les nouveaux couples ont utilisé un préservatif, dans 21 % des cas, aucune protection n'a été utilisée. Parmi ceux qui ont utilisé le préservatif lors du premier rapport, 57 % ont décidé continuer à l'utiliser ; 15 % ont d'abord effectué le test VIH et ont ensuite cessé de l'utiliser et, enfin, 26 % ont abandonné le préservatif sans avoir effectué le test (p. 40). Cette analyse permet de mettre en lumière trois éléments : la diversité des situations et trajectoires des couples en matières de protection ; l'importance du choix initial comme moyen de protection et l'importance des conditions où s'opère ce choix initial (attente commune quant à l'utilisation). Les hommes et les femmes mentionnent de manière quasi identique le préservatif comme moyen de protection. De même (niveau et évolution) en ce qui concerne son utilisation avec le nouveau partenaire stable et avec les partenaires occasionnels (p. 45). L'indicateur global " utilisation lors du dernier rapport " affiche toutefois " une différence persistante de niveau, systématiquement plus élevée chez les hommes " (p. 45). Différence qui disparaît si c'est seulement le dernier rapport avec le partenaire stable qui est pris en considération.

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Des évaluations consultées, il ressort que suite à la diffusion de la brochure d'information et notamment suite au début de la campagne de prévention STOP-SIDA, il y a eu de nombreux changements d'attitude par rapport au sida et la manière de se protéger, caractérisés surtout par une augmentation " considérable " (significative) de l'utilisation de préservatifs comme moyen de protection : tendance vers un usage systématique. Cette augmentation, bien que la durée d'instauration entre les groupes (plus grande chez les 17-30 ans que chez les 31-45 ans, par exemple) fût différente, s'est produite soit lors de relations sexuelles occasionnelles, soit au début d'une relation avec un nouveau partenaire stable (tendance qui se reflète également dans l'indicateur global mesurant l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport). Parallèlement, il a été observé une diminution de la proportion des personnes qui n'utilisent jamais de préservatif avec des partenaires occasionnels. Toutefois, les évaluations montrent l'apparition d'un phénomène de stabilisation ou plafonnement (haut niveau) de l'usage du préservatif depuis 1992 (notamment parmi la population en général de 35 ans et parmi la population homosexuelle). En 1997, l'enquête a révélé, pour la première fois, l'évolution de la protection dans la relation avec un nouveau partenaire stable. Trois aspects apparaissent: la diversité des situations et des trajectoires des couples en matière de protection; l'importance du choix initial comme moyen de protection et l'importance des conditions où s'opère le choix initial.

Autres comportements préventifs : vers une gestion individuelle ?

L'évaluation de 1986 (1987) concernant l'impact de la brochure d'information révèle que les trois quarts des interviewés (deux enquêtes ont été réalisées : une avant et une après la diffusion de la brochure) " ont été en mesure de fournir spontanément des réponses quant aux moyens de protection individuelle contre le risque du sida; parmi eux ceux qui n'ont donné que des solutions infondées sont relativement peu nombreux " (p. 35). Les moyens de protection individuelle évoqués se rapportaient avant tout à la sexualité, ensuite aux contacts avec la vie quotidienne, à la drogue et enfin à des mesures médicales. Pour ce qui relève du domaine de la sexualité, ce sont là les réponses les plus pertinentes et " que la brochure recommandait précisément (choix des partenaires sexuels et préservatifs, pour ceux qui ont lu la brochure] " (p. 35). La mention de la prudence dans le choix des partenaires sexuels est passée de 37 % (avant

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

d'avoir lu ou n'ayant pas lu la brochure) à 45 % (chez les lecteurs de la brochure) et la mention de l'utilisation des préservatifs de 8 % à 21 %. En ce qui concerne les " moyens de protection liés à la drogue, ils sont cités deux fois plus souvent par les lecteurs de la brochure, même si cela reste dans des proportions assez faibles " (p. 36). Il y a aussi eu des propositions de mesures de protection collective contre la propagation du sida. Ces propositions vont dans quatre directions différentes : le domaine de la médecine (de 32 % à 29 % après lecture de la brochure), de l'information (de 30 % à 32 %), de la contrainte et de la répression (de 3 % à 4 %) et de la drogue (faciliter l'accès aux seringues: de 2 % à 3 %) (p. 37-38).

Comme déjà évoqué dans l'évaluation précédente, il ressort que le préservatif, devenu pourtant le principal moyen de protection acquis par la population suite à la campagne de prévention, n'est pas la seule solution individuelle envisageable. Du rapport de synthèse de l'évaluation de 1987 (1988) apparaissent les contours d'une nouvelle tendance en matière de prévention de la part de la population, à savoir que les " individus adaptent les messages de prévention à leur situation personnelle et commencent à gérer leur propre risque " (p. 6). L'orientation indiquée est celle qui va vers une gestion individuelle des risques (en particulier chez les adolescents et les homosexuels).

Le rapport de synthèse de 1988 (1989) confirme le fait que d'autres modifications du comportement, qui va dans le sens de l'évitement de situations à risque [la fidélité est chose courante (p. 55)], et des adaptations individuelles aux messages de prévention sont rapportées : choisir un partenaire dans un milieu proche du sien, renoncer parfois à une relation sexuelle, avoir une période plus longue d'abstinence etc " (p. 14) Toutefois, bien que ces modifications ne puissent pas toujours être qualifiées d'efficaces du point de vue de la transmission du virus, " elles témoignent d'une évolution certaine des comportements " (p. 14).

Dans l'étude de Villaret et Domenighetti (1990a), il a été demandé aux interviewés quel comportement qu'ils conseilleraient à un ami en situation concrète avec un séropositif ou un malade du sida. Il ressort que la " situation la plus déconseillée est " embrasser profondément sur la bouche un séropositif ou un malade du sida " (55.6 % des Suisses et 59.1 % des Tessinois le

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

déconseillent). Suivent " les rapports sexuels avec préservatif avec un séropositif ou un malade " (CH=45.9 %, TI=49.6 %), " boire dans le verre d'un HIV+ ou d'un malade " (CH=24.6 %, TI=38.7 %), " se baigner dans une piscine publique également fréquentée par des HIV+ ou des malades du sida " (CH=21.8 %, TI=32.4 %), " embrasser sur la joue un HIV+ ou un malade " (CH=10.7 %, TI=14.5 %) et " lui donner la main " (CH=2.7 %, TI=3.7 %). Pas de tendances particulières dans les réponses des hommes et des femmes, mis à part la piscine qui semble préoccuper davantage les femmes " (1990a, p. 10).

De manière générale, dans le rapport de synthèse de 1991-1992 (1993), il est mentionné qu'une profonde modification des comportements sexuels (cibles des actions de prévention) est intervenue depuis 1987.

La tendance vers une gestion individuelle de la prévention a de nouveau été soulevée dans le rapport de synthèse de 1993-1994 (1995) dans le sens d'une " adaptation de la prévention par les individus en fonction de leur contexte/ de leurs caractéristiques/ de leurs convenances personnels. On n'est plus au temps du " que préservatif (...) " (p. 46). Une stratégie de gestion, outre les adaptations individuelles mentionnées plus haut, semblerait inclure le test VIH : " soit comme vérification de la séronégativité des deux partenaires d'un couple avec l'éventuel abandon du préservatif par la suite, soit pour s'assurer qu'une situation à risque n'as pas abouti à une infection " (p. 32). En effet, il apparaît qu'une part importante de la population a choisi de se soumettre au test VIH " (31 % des hommes 17-45 (61 % si l'on prend les donneurs de sang) et 38 % des femmes 17-45 (51 % si l'on prend les donneuses de sang)).

Du bilan d'une décennie de prévention en Suisse (dans rapport de synthèse de 1996-1998 (1999)), on observe " de plus en plus une gestion individuelle de la prévention, une adaptation de la prévention par les individus en fonction de leur contexte relationnel, de leurs caractéristiques et convenances personnelles " (p. 85). Le " que préservatif ", tend à laisser la place à d'autres pratiques : " protection variant selon les partenaires, test au sein du couple suivi de l'abandon du préservatif etc " (p. 86). Pratiques qui peuvent changer au cours du temps. En ce qui concerne le test VIH, le rapport mentionne le fait que " la proportion de personnes ayant choisi de se soumettre à un test VIH est en augmentation " (p. 44). Etant donné l'arrivée très médiatisée, en 1996, de

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

nouveaux médicaments plus efficaces pour le traitement du sida, l'enquête téléphonique de 1997 a inclus une série de questions sur le sujet. Il s'avère que les " nouveaux traitements contre le sida ne paraissent pas avoir, dans l'ensemble, suscité des espoirs exagérés ou changé profondément les attitudes personnelles face à la prévention. On voit cependant apparaître dans la population la un relâchement diffus de la vigilance qui pourrait être le précurseur d'un recul des acquis en matière de prévention " (p. 74). Les nouvelles thérapies antirétrovirales ont modifié la perception de la maladie (p. 87).

Comme déjà mentionné plus haut, les campagnes de prévention ont entraîné des changements d'attitude par rapport au sida et dans la manière de se protéger. Or, le préservatif, devenu le principal moyen de protection acquis par la population, ne représente pas la seule solution individuelle envisageable. En effet, selon les diverses évaluations, il se produit un phénomène qui s'oriente vers une gestion individuelle des risques et de la prévention, ce en fonction du contexte relationnel, des caractéristiques et convenances personnelles. On est passé du " que préservatif " à l'adoption d'autres pratiques, par exemple une protection qui varie selon les partenaires ou encore le test VIH par le couple en vue d'abandonner le préservatif. Bien que ces pratiques individuelles de prévention ne puissent pas toujours être qualifiées d'efficaces, elles témoignent néanmoins d'une évolution des comportements. La médiatisation de l'arrivée en 1996 de nouvelles thérapies antirétrovirales ne semblent pas avoir entraîné des profond changements des attitudes personnelles face à la prévention.

Les jeunes

Du monitoring annuel sur les comportements sexuels et préventifs, mentionné dans le rapport de synthèse de 1987 (1988), il ressort qu'un " peu moins de la moitié des jeunes interrogés parmi ceux qui ont eu de contacts sexuels, connaissent déjà le préservatif. On rencontre, dans ce groupe, d'autres procédés, comme ceux d'évaluer le risque après " l'aventure sexuelle " des partenaires. Des changements sont donc en train de se produire et on peut espérer qu'ils feront rapidement partie intégrante du " style de vie " de ce groupe " (p. 6).

En considérant les jeunes tranches d'âges, dans le rapport de synthèse de 1988 (1989), il est montré que cette population se caractérise par des changements

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

de partenaire fréquents. Ce qui fait que se pose plus souvent la question de la prévention du sida (nombre non négligeable en CH).

La question est reprise dans le rapport de synthèse de 1989-1990 (1991) : " L'exposition à un risque potentiel de contamination sexuelle par le VIH concerne la grande majorité des adolescents et des jeunes adultes " (p. 57). Et ce, principalement en raison d'une période relativement longue (une dizaine d'années) de monogamie, donc exposition à une situation potentiellement à risque. Le rapport mentionne aussi qu'heureusement c'est justement parmi les jeunes adultes (17-30 ans) que l'évolution depuis 1987 a été la plus positive : l'usage systématique du préservatif lors de relations occasionnelles est passé de 8 % en janvier 1987 à 48 % en octobre 1989 et 1990 " (p. 50). Toujours lors de la même évaluation, les évaluateurs se sont penchés sur le cas particulier des 17-20 ans, qui se trouvent au début de leur vie sexuelle après les premières campagnes d'information sur le sida en 1987. Entre janvier 1987 et 1990, ils ont pu observer deux évolutions favorables de la prévention : une diminution du nombre cumulatif des partenaires sexuels (trois partenaires et plus : de 53 % en 1987 à 40 en 1990 %) et une augmentation de l'utilisation du préservatif avec des partenaires sexuels occasionnels (de 19 % en 1987 à 73 % en 1990). On remarque que le préservatif est également utilisé dans les relations stables (pour la contraception) (p. 59). L'étude menée auprès des apprentis, rapportée dans la synthèse de 1989-1990, montre que l'utilisation du préservatif varie en fonction du type de relation (p. 105). Pour les apprentis qui ont eu " des relations sexuelles au cours des douze derniers mois, 70 % affirment avoir utilisé un préservatif (garçons : 82 % ; filles : 53 %) " (p. 105). En ce qui concerne les relations occasionnelles ou de courte durée, l'utilisation du préservatif suit celle des jeunes adultes (17-20 ans) selon une évolution positive dans l'adoption du préservatif (p. 105).

Le rapport de synthèse de 1991-1992 (1993) ainsi que celui relatif aux deux années suivantes de 1993-1995 (1996) ne font que confirmer le "trend" positif dans l'utilisation du préservatif chez les adolescents. " Ce sont les adolescents qui ont adopté la manière la plus conséquente des comportements de protection par l'usage systématique du préservatif, qui est devenu le principal moyen de contraception, en tout cas au début de la vie sexuelle " (p. 155). Et ce, soit dans le cas de relation avec un partenaire occasionnel soit, avec un nouveau

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

partenaire stable. De même, il a été constaté une augmentation intergénérationnelle en matière de protection : " les 21-25 ans de 1992 utilisent davantage le préservatif que les 17-20 ans de 1987 " (p. 22).

Du rapport de synthèse de 1996-1998 (1999), il ressort que l'usage du préservatif " est devenu normal pour les jeunes, particulièrement au début de leur vie sexuelle " (p. 51). Par la suite, bien que beaucoup d'entre eux continuent à l'utiliser, " d'autres stratégies de protection se mettent en place (...) qui ont en commun l'abandon du préservatif, mais qui ne sont pas sans faille, en particulier si elles se basent sur la confiance mutuelle ou sur une sorte d'évaluation des risques courus par le passé par chacun des partenaires " (p. 51).

En ce qui concerne les jeunes (jeunes adultes et adolescents), les rapports d'évaluation font mention d'exposition à un risque potentiel de contamination sexuelle par le VIH, notamment en raison d'une période relativement longue de monogamie séquentielle qui les caractérisent. Les enquêtes sur les comportements sexuels et préventifs révèlent que c'est bien chez cette population que l'usage du préservatif (soit avec des partenaires occasionnels, soit avec un nouveau partenaire stable) est le plus systématique, devenant ainsi une " norme " (particulièrement au début de leur vie sexuelle).

La question relationnelle

Dans le rapport de synthèse de 1988 (1989), les évaluateurs signalaient que des problèmes d'ordre relationnel surgissaient (dans les discours et dans les actes), ceci parallèlement aux messages de prévention liés au préservatifs. En effet, des difficultés semblent apparaître dans la gestion " individuelle " du risque, notamment parce qu'elle se fait à deux. Le fait de conserver un comportement nouveau (préservatif lors de chaque rapport et de chaque relation) et d'éviter les exceptions se complique en situation relationnelle, notamment quand il s'agit d'une relation nouvelle, fragile et/ou comportant des rapports de force. A ce propos, lorsque les comportements sont nouveaux, il vaut mieux gérer la relation plutôt que le risque. En effet, il émane du même rapport que la " connaissance des modes de transmission du sida et des moyens de s'en protéger, que l'attitude personnelle à l'égard des risques potentiels et que les messages de prévention n'entraînent pas forcément un changement de comportement

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

efficace. Les gens ont des difficultés à gérer la prévention dans la relation avec l'autre, avec toute la dimension émotionnelle que cela implique". En rapport avec cette dimension émotionnelle, deux types de situation de risque de transmission par voie sexuelle du sida : a) " les situations où se forme le couple, qui se répètent, avec une forte relation affective (plutôt rencontrées chez les adolescents et les jeunes adultes) " ; b) " les situations de type 'extraconjugal', de partenariats multiples ou occasionnels, où la relation affective est moins déterminante (plutôt les adultes) " (p. 14).

Une lecture diachronique relative à la question relationnelle n'étant pas possible, nous tenons cependant à en souligner les contours, en raison de son caractère inévitable. Il s'agit de garder à l'esprit qu'en situation relationnelle (relation nouvelle, fragile et/ou comportant des rapports de force, par exemple) les difficultés de gestion (de la relation même) peuvent prendre le dessus, en dépit des connaissances sur la transmission du VIH/sida et sur les moyens de protection, ce qui a pour conséquence de diminuer, voire de ruiner les attitudes et comportements en matière de protection. De telles situations sont, par exemple, la formation du couple, très forte sur le plan affectif, et qui sont répétitives (adolescents/jeunes), ainsi les relations " extraconjugales " (adultes).

Selon les sexes

Le rapport de synthèse de 1989-1990 (1991) fait état de la différence entre les sexes dans l'utilisation du préservatif " La proportion des hommes qui disent en employer toujours est passée de 10 % en 1987 à 53 % en 1990, chez les femmes de 7 % à 36 % durant la même période " (p. 74). La tendance est cependant la même : " augmentation de l'usage du préservatif " (ibid.).

Aussi bien dans le rapport de synthèse de 1991-1992 (1993) que dans celui 1993-1995 (1996), il est remarqué que la tendance chez les femmes (d'une manière générale) d'être moins fréquemment impliquée dans des situations d'exposition potentielle au virus, mais on constate – quand elles sont confrontées à un risque potentiel - " qu'elles utilisent moins systématiquement le préservatif que les hommes " (p. 30).

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Du rapport de synthèse de 1996-1998 (1999), il se dégage - des questions portant sur l'achat, la proposition d'utilisation et la manière de mettre le préservatif - que s'il " existe quelques divergences dans les déclarations des hommes et des femmes, en particulier concernant l'achat du préservatif [...] dans l'ensemble, l'image qui se dégage est celle d'un rôle partagé, au moins partiellement, à propos du recours au préservatif " (p. 44).

Bien qu'un certain décalage ait été relevé, la tendance semble être celle d'une augmentation générale (autant chez l'homme que chez la femme) de l'usage du préservatif. On signalera, cependant, cette autre tendance chez les femmes: moins d'exposition potentielle au virus, mais aussi une utilisation du préservatif moins systématique (que les hommes) en cas d'exposition. Dans ce cas également les éléments manquent pour une analyse diachronique complète.

Selon les régions linguistiques (et le niveau d'instruction)

Dans les sondages effectués par Villaret. M. et G. Domenighetti (1990a, 1990b) il a été posé la question suivante: " Utiliseriez-vous un préservatif avec un nouveau partenaire séronégatif (test effectué quelques jours auparavant)? ". 62.2 % des interviewés tessinois ont répondu " oui " et 15.4 % qu'ils ne l'utiliseraient pas (1990a, p. 12). Les Suisses alémaniques affirment plus souvent que les autres (Romands et Tessinois) que même si le nouveau partenaire était séronégatif à un test récent, ils utiliseraient un préservatif (1990b, p. 6). Pas de différences entre hommes et femmes.

Le rapport de synthèse de 1993-1995 (1996) présente un design des études d'évaluation qui permet de différencier les régions linguistiques (Suisse alémanique et Suisse romande, il n'a pas été tenu compte du Tessin dans cette évaluation). De manière générale, on constate que bien qu'il existe de légères différences entre les régions linguistiques concernant la fréquence d'exposition à un risque potentiel d'infection et les comportements en matière de protection (l'exposition à un risque potentiel est un peu plus forte en Suisse romande, mais il y a une meilleure protection avec le nouveau partenaire stable) ; "l'évolution temporelle de ces situations ne suggère aucunement l'apparition d'un processus de divergences ou de convergences croissantes " (p. 31).

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Dans le rapport de synthèse de 1996-1998 (1999), le constat reste de manière générale le même pour les régions alémaniques et romandes. Les attitudes et les connaissances présentent de faibles différences entre ces régions linguistiques. La fréquence et l'évolution de l'emploi spontanées du préservatif comme moyen de protection sont semblables en Suisse alémanique et en Suisse romande. Par contre, l'inclusion du Tessin dans l'étude de l'évaluation a permis de constater un décalage, notamment (bien que les petits effectifs concernés ne permettent pas de conclure à coup sûr) en ce qui concerne l'utilisation du préservatif avec le nouveau partenaire stable et avec des partenaires occasionnels. Toutefois, l'indicateur global " utilisation lors du dernier rapport " présente une évolution et un niveau semblables dans les trois régions (p. 45). La prise en compte du niveau d'instruction montre que les attitudes et les comportements sont très similaires pour les trois niveaux (instructions primaire, moyenne et supérieure). Les différences constatées pendant les premières années se sont amenuisées. A noter cependant, " quelques signes de divergence possible chez les plus jeunes de niveau primaire [chez qui l'utilisation du préservatif avec le nouveau partenaire stable stagne] " (p. 46). D'une manière générale, comme il ressort du bilan d'une décennie de prévention, en Suisse " qu'on ne peut pas parler de véritables inégalités sociales face au sida " (p. 88). Au contraire la tendance est celle d'une homogénéisation des comportements préventifs qui pourrait être considérée comme " l'un des acquis les plus remarquables de la stratégie de prévention " (p. 88).

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Les études d'évaluation de 1993-1995 (sans le Tessin) et 1996-1998 (avec le Tessin) ont permis une différenciation entre régions linguistiques (ainsi que selon le niveau d'instruction). De manière générale, il ressort que les faibles différences observées en matière de connaissances sur le sida et d'attitudes de protection ne permettent pas de conclure qu'il existe une différence/un décalage entre la Suisse alémanique et la Suisse romande. Par contre, la prise en compte du Tessin a permis de constater un décalage concernant l'utilisation (dans une moindre mesure) du préservatif avec le nouveau partenaire stable et avec des partenaires occasionnels, par rapport aux autres régions linguistiques (toutefois les trois régions apparaissent semblables selon l'indicateur global " utilisation du préservatif lors du dernier rapport "). Les attitudes et les comportements paraissent très similaires selon le niveau d'instruction. A noter cependant une divergence, peut-être qu'apparente, chez les plus jeunes de niveau primaire où l'utilisation du préservatif avec le nouveau partenaire stable semble stagner. Néanmoins, il apparaît que la tendance générale est celle d'une homogénéisation des comportements préventifs qui pourrait être considérée comme " l'un des acquis les plus remarquables de la stratégie de prévention ".

Les résistances

La perception individuelle et collective

La délégation du risque à d'autres groupes : De l'évaluation de 1986 (1987) concernant l'impact de la brochure d'information, il ressort que le sida a été présenté souvent comme une maladie qui frappe essentiellement les membres de groupes sociaux particuliers, en l'occurrence : les homosexuels (...) [(par le 60 % des interviewés qui n'ont pas lu la brochure et également par le 60 % des lecteurs)], les drogués (...) [(23 % pas lu et 41 % lu)], les prostituées [(11 % et 11 %)], le personnel soignant (...) [(2 % et 4 %)], les hémophiles (...) " (p. 41). Donc, la " seule différence après la lecture de la brochure concerne les drogués " (p. 42). Il s'agit, en ce sens, de risques " restreints ". En ce qui concerne la représentation du sida comme maladie à risque " diffus ", voir plus bas.

Dans le rapport de synthèse de 1987 (1988), on relate que des phénomènes de résistance aux changements de comportement peuvent être liés à la non-perception du risque pour soi-même. C'est-à-dire que le risque de contamination

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

est encore souvent associé, comme une sorte de délégation psychologique, à des groupes " spécifiques " et non à des comportements : " Le sida frappe seulement les homosexuels et les toxicomanes ".

Chez les jeunes : Comme il est relevé dans le rapport de synthèse 1987 (1988), les adolescents " sous-estiment l'existence d'un risque pour eux-mêmes lorsqu'ils abordent une nouvelle relation " (p. 7). Cette tranche d'âge est soumise à des risques potentiels non en raison de comportements d'infidélité, mais à cause du phénomène de recherches fréquentes d'un partenaire " La fidélité chez les adolescents a un sens d'exclusivité plutôt que de durée " (p. 7).

Le rapport de synthèse 1989-1990 (1991), évoque l'impression (en dehors des éléments chiffrables), chez les jeunes, " d'un décalage entre pratiques préventives individuelles, qui ont favorablement évolué, et la perception collective par les jeunes d'une maladie dont ils se sentent à l'abri s'ils ne sont pas utilisateurs de drogues illégales " (p. 59). Il y a là un certain manque de conscience de la situation: le risque encouru, du fait de la recherche de partenaires, est augmenté " et l'usage de préservatif n'a pas encore atteint le statut de 'norme sociale' " (p. 59). Or, comme déjà vu plus haut, la synthèse de 1996-1998 (1999) rectifiera cette dernière affirmation en soutenant que l'usage du préservatif " est devenu une normalité pour les jeunes, particulièrement au début de leur vie sexuelle " (p. 51).

Chez les adultes : Dans le rapport de synthèse de 1991-1992 (1993), plusieurs études, concernant le groupe de personnes de 31-45 ans, ont été menées sur les raisons du non-usage du préservatif par les hétérosexuels qui ont de multiples partenaires ou qui cherchent un nouveau partenaire. On citera les constatations défavorables suivantes : " la confiance exagérée placée dans une stratégie de réduction du nombre de partenaires ou de sélection des partenaires (le plus souvent selon l'apparence)"; " la relation amoureuse avec confiance aveugle et le déni de tout risque qu'elle peut comporter"; " la situation de relation sexuelle avec un partenaire 'connu' de longue date (cercle d'amis, cercle professionnel)"; " la rationalisation du risque en termes de 'groupes à risque' (dont le partenaire ne fait pas partie)"; " des blocages 'psychologiques' avec une forte aversion pour le préservatif, dont l'origine peut être liée à une crainte d'impuissance et à diverses associations conscientes ou inconscientes (...);

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

" les situations particulières, telles que l'usage d'alcool ou de substances psychotropes, les états dépressifs, une ambiance de fête etc " (p. 24). Dès lors, les facteurs favorisant l'usage du préservatif hors relation stable seraient : " le dialogue, donc une possibilité d'échange verbal, et l'accord préalable en vue d'une relation sexuelle"; " l'exigence stricte de la part d'un des partenaires, qui suffit généralement à faire tomber les barrières (en particulier si la détermination est le fait de la femme)"; " la relation avec un partenaire inconnu"; " l'expérience acquise du préservatif (autant dans le sens de la gestion de la situation que dans celui de l'aspect pratique)"; " le sens de la responsabilité à l'égard du partenaire stable afin d'éviter tout risque de contamination " (p. 24).

Bien que les données existantes ne permettent pas une lecture diachronique, il nous semble utile de mettre en évidence des éléments qui peuvent se révéler des sources de résistance à l'adoption de comportements de protection et de prévention du sida. Premièrement, des phénomènes de résistance peuvent être liés à la non-perception du risque pour soi, parce que, comme par délégation psychologie, le risque est plutôt associé à des groupes considérés " à risque " et non à des comportements. La personne ne se sent pas elle-même "à risque". Des cas particuliers, où on ne se perçoit pas soi-même comme un risque, ont été constatés chez les jeunes/adolescents, qui par leur mobilité relationnelle (phase de monogamie séquentielle) sont effectivement exposés à des risques potentiels. En ce qui concerne les adultes (31-45 ans), les raisons principales de la non-utilisation du préservatif chez les hétérosexuels ayant de multiples partenaires ou cherchant un nouveau partenaire peuvent être les suivantes : " la confiance exagérée placée dans une stratégie de réduction du nombre de partenaires ou de sélection des partenaires"; " la relation amoureuse avec confiance aveugle et le déni de tout risque qu'elle peut comporter"; " la relation sexuelle avec un partenaire 'connu' de longue date "; " la rationalisation du risque en terme de " groupes de risques"; " les blocages " psychologiques " avec une forte aversion pour le préservatif, dont l'origine peut être liée à une crainte d'impuissance et à diverses associations conscientes ou inconscientes ".

Les exceptions

Dans le rapport de synthèse de 1987 (1988), la problématique des " exceptions " est mise en évidence comme une forme de résistances à l'adoption de

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

comportements de protection. Des circonstances, des moments, des lieux, ainsi que des situations psychologiques peuvent amener à l'abandon des moyens de protection, notamment le non-usage du préservatif. Il est également constaté que cette problématique est valable pour tous les groupes considérés " La non-adoption de comportements protégés peut, enfin, être liée à des effets de brouillage : les informations contradictoires ou discordantes venant de la presse ou portées par la rumeur conduisent au désarroi et à la peur " (p. 7).

Dans les évaluations de 1988 (1989) et 1991-1992 (1993), le thème des " exceptions " concernant la protection est de nouveau soulevé. Les circonstances favorisant les exceptions sont précisément " celles où on n'est pas maître de soi : la spontanéité de la rencontre (imprévue), le fait d'avoir consommé de l'alcool ou de la drogue, d'être pressé, fou amoureux, passionné, en vacances ou déprimé, soumis, craintif " (1989, p. 56). A ces circonstances, il faut ajouter (comme dans le rapport 1991-1992) la confiance exagérée en quelqu'un qu'on croit connaître ou qui a bonne façon, l'ambiance de fête, la rationalisation du risque en terme de " groupes à risque " ainsi que les situations de stress, de solitude et de recherche de partenaire. Les résistances à l'utilisation du préservatif (comme également mentionné en 1987 (1988)) ne concernent pas tant l'objet, mais surgissent " en amont " de son usage (1989, p. 57).

Une partie des évaluations effectuées fait mention de la problématique des " exceptions " comme forme de résistance à l'adoption de comportements de protection (notamment l'usage du préservatif). Les circonstances favorisant les exceptions sont précisément celles où l'on perd la maîtrise de soi et peuvent être causées par le caractère spontané de la rencontre, par la consommation d'alcool et de stupéfiants, par le fait d'être fou amoureux ou sous l'emprise de la passion ou encore par le caractère particulier de certains contextes (fête, vacances, etc.) ou par des états psychologiques particuliers (être déprimé, soumis, craintif, etc.)

La vente de préservatifs

La tendance générale

Dans le rapport de synthèse de 1987 (1988), année de lancement de la campagne STOP-SIDA et l'année suivante la distribution de la brochure

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

d'information, il est indiqué que, par rapport à la moyenne de 1986, également calculée sur neuf mois, il a été mis 60 % de plus de préservatifs sur le marché durant les neuf premiers mois de 1987 (p. 7). Parallèlement, la structure du marché a subi des modifications avec une augmentation de la vente, dans les magasins à grande surface, et l'apparition d'autres modes de vente (p. 7).

Dans la synthèse de 1988 (1989), on constate que la " mise sur le marché de préservatifs, qui avait connu une forte augmentation juste après le début de la campagne STOP-SIDA en 1987, a atteint, en 1988, un niveau de 38 % supérieur à celui de 1986 ; les chiffres de livraison mensuels de la 2^{ème} moitié de 1988 sont plus élevés que ceux de la même période de 1987 " (p. 15) Les évaluateurs avancent qu'une " lente tendance à la hausse est peut-être en train de reprendre après le boom de début 1987, qui correspondait à l'élargissement du marché (augmentation des points de vente), et qui avait été suivi d'une stagnation des ventes " (p. 15). Cette lente augmentation semble compatible avec les données des études des 17-30 ans consistant en l'estimation de l'usage du préservatif par les clients des prostituées. Dans le même rapport, il est constaté que, si la structure du marché s'est modifiée par une augmentation des ventes dans les grandes surfaces, la vente par distributeurs peine par contre à se mettre en place (p. 57).

Dans l'évaluation de 1989-1990 (1991), il est relaté que depuis " le pic de 1987, la croissance a été lente (compte tenu des variations saisonnières) " (p. 47). Or, " en 1990, on observe même une légère baisse " (p. 47). D'une manière générale, le rapport indique qu'en 1990 la vente s'est stabilisée. Les chiffres à l'appui, la vente de préservatifs a grimpé " de 70 % à 80 % depuis 1986, passant de 7.7 millions à 13.4 millions en 1989 et à 12.7 millions en 1990 " (p. 47). Selon les évaluateurs, cette évolution pourrait refléter deux phénomènes : une meilleure identification des situations où il est nécessaire d'utiliser le préservatif et une diminution " en amont " de l'exposition au risque (p. 60). Il a également été constaté que les ventes subissaient des variations saisonnières et qu'elles étaient en augmentation en été.

L'évaluation successive de 1991-1992 (1993) montre, bien qu'à un rythme plus lent, une augmentation graduelle de la vente de préservatifs " En 1992, environ

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

15 millions de préservatifs sont vendus en Suisse (augmentation de 8 % par rapport à 1991 et de 100 % depuis 1986) " (p. 30).

Une confirmation de l'augmentation de l'usage du préservatif dans la population est démontrée par le fait que 7.6 millions de préservatifs sont vendus en 1986 contre 16.9 millions en 1995, ainsi qu'on peut le lire dans le rapport de 1993-1995 (1996).

Du rapport de 1996-1998 (1999), il ressort que l'augmentation de l'usage du préservatif " est confirmée par la statistique de leur mise sur le marché. Ils sont passés de 7.6 millions d'unités en 1986 à 16.2 millions en 1998 " (p. 40).

La vente de préservatifs avait subi une forte hausse juste après le lancement de la campagne STOP-SIDA en 1987, se répercutant sur une augmentation des ventes par les magasins à grande surface. Suite à ce " pic ", la vente en 1990 subit une stabilisation (compte tenu des variations saisonnières, les ventes étant plus importantes l'été). Par la suite, la vente de préservatifs a augmenté graduellement, bien qu'à un rythme plus lent. En général, l'augmentation de l'usage du préservatif est confirmée par les statistiques de marché qui attestent que les unités sont passées de 7.6 millions d'unités en 1986 à 16.2 millions en 1998.

La dimension sociale

Avec la dimension sociale, il s'agit de cerner l'impact de la campagne de prévention sur la vie des individus. Plus précisément, nous considérons le niveau de connaissances en matière de transmission du VIH/sida et de moyens de protection. Aux changements et aux persistances des positions et des croyances vis-à-vis du sida. Aux différentes attitudes par rapport à la sexualité, ainsi qu'à l'image du préservatif dans la population.

Les connaissances sur le sida

Niveau général des connaissances

Deux enquêtes, pour mesurer l'impact de la diffusion, en mars 1986 (1987), d'une brochure d'information destinée à tous les ménages de Suisse (les enquêtes sont rapportées dans la synthèse de l'évaluation réalisée en 1986 à

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

propos de l'impact global de la brochure en question) réalisées par l'OFSP ont permis de cerner le niveau des connaissances de la population en matière de sida, avant et après la lecture de la brochure mentionnée. Le degré des connaissances (indice global) exprimées par la population était, avant la diffusion de la brochure, identique pour tous, après sa diffusion, il a doublé pour ceux qui l'ont lue. L'amélioration s'est produite de manière assez homogène pour tous les groupes étudiés, bien que l'effet le plus grand se soit produit dans les catégories de gens ayant suivi des formations intermédiaires (apprentissage et école professionnelle supérieure). Les éléments de connaissance considérés ont porté sur les principales notions, justes (relations sexuelles, sang, Afrique et Caraïbes) et fausses (transfusion, contacts quotidiens, salive/baiser, bains/saunas/wc publics, nourriture), de contagion ainsi que sur les moyens de protection individuelle et collective, synthétisés en un indicateur global de connaissances. Parmi les lecteurs de la brochure, 91 % ont estimé être bien informés sur le sida. La proportion baisse à 65 % pour ceux qui ne l'ont pas lue (comme lors de la 1^{ère} enquête). En ce sens, les évaluateurs ont conclu que : " la demande d'information exprimée avant l'action de l'OFSP par 2/3 de la population peut être considérée comme satisfaite " (p. 4). De même, 66 % des interviewés (N=800) ont considéré que la brochure " leur a apporté quelque chose d'utile " et 28 % s'estimaient déjà suffisamment informés (p. 28). Les différences régionales, concernant les personnes qui considèrent que la brochure " leur a apporté quelque chose d'utile ", sont les suivantes : 62 % en Suisse alémanique ; 70 % en Suisse romande; 76 % en Suisse italienne.

De manière générale, le rapport de synthèse des évaluations de 1987 (1988) (premier après le lancement de la campagne STOP-SIDA) affirme que toutes " les études et enquêtes entreprises en Suisse montrent que la population dispose actuellement d'un bon niveau de connaissances sur le sida " (47). De plus, l'enquête auprès des 17-30 ans montre qu'il n'y a " pas de différences manifestes au niveau des connaissances selon les groupes d'âge, les sexes, la formation scolaire ni entre les régions linguistiques " (p. 48)

Le rapport de synthèse de 1988 (1989), comme le précédent, atteste que les " connaissances sur les modes de transmission du VIH et sur les moyens de se protéger d'une contamination sont acquises pour la grande majorité de la population en Suisse " (p. 13). En ce sens, les principaux messages de la

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

campagne ont porté leurs fruits, à savoir: utiliser le préservatif, ne pas échanger le matériel d'injection, ne pas devenir toxicomane, rester fidélité. L'enquête sur le comportement sexuel des jeunes adultes de 17-30 ans montre que ceux-ci citent spontanément les manières de se protéger diffusées par la campagne STOP-SIDA, et la plus nommée est celle concernant le préservatif. (p. 33). Par ailleurs, la " perception du risque de transmission hétérosexuelle devient de plus en plus courante dans la population " (p. 13). Cette perception se traduit dès lors en une attitude " responsable croissante, dans le sens d'une réflexion sur le(s) risque(s) personnel(s) couru(s) par le passé et actuellement. " (p. 13). En 1988, une étude spécifique portant sur les jeunes gens tessinois, déjà interrogés (lors du recrutement) en 1987, indique qu'ils estiment eux-mêmes que leur niveau d'information doit s'améliorer. A signaler que " l'appellation 'groupe à risque' est peu à peu remplacée par 'comportements à risques'. Il persiste cependant des tendances à lier l'existence d'un risque à l'appartenance supposée à un groupe particulier, notamment parmi les professionnels de la santé " (p. 13).

Le rapport de synthèse de 1989-1990 (1991), ne fait que confirmer le fait que " les connaissances des principales voies de transmission [rapports sexuels et partage de seringues] et des moyens de protection sont acquises dans tous les groupes de la population " (p. 59).

Comme il ressort des études de Villaret et Domenighetti (1990a, 1990b), les connaissances sur " la transmission du virus HIV dans les rapports interpersonnels " non à risque " (poignée de mains, verres, piscines) semblent être, d'après le sondage, acquises par la majorité de la population (moins de 10 % des interviewés les citent comme contagieux) " (1990b, p. 3). Il en va de même en ce qui concerne les trois voies de transmission du virus HIV (mère-enfant, rapports sexuels sans préservatif, échange de seringues) qui sont considérées 'à risque' " par la quasi totalité des interviewés (> 93 %) " (1990a, p. 7). Les jeunes de 20 à 29 ans n'ont généralement " pas un niveau de connaissances différent de l'ensemble de la population " (1990a, p. 7). Leur niveau des connaissances sur les voies de transmission et sur la terminologie " n'est que légèrement meilleur que chez la population totale " (1990b, p. 5). A noter qu'au Tessin, " on enregistre le taux le plus élevé parmi les personnes qui pensent que les baisers et la salive, les interventions chez le dentiste, les piscines et les verres peuvent transmettre le virus HIV " (1990a: p. 7). Dans les

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

deux rapports il est également mentionné qu'il n'apparaît pas de " grosses différences entre les réponses des hommes et celles des femmes " (1990a, p. 7). De manière générale, il ressort que les " Suisses alémaniques sont ceux qui donnent les meilleures réponses sur les connaissances théoriques des voies de transmission du virus, mais sont aussi les plus nombreux à croire que 'malade du sida' et 'séropositif' signifient la même chose " (1990b, p. 6). Les " Romands savent mieux que les Suisses alémaniques que 'séropositif' et 'malade du sida' ne signifient pas la même chose " (1990b, p. 6). " Les Suisses italiens se montrent les moins informés sur les comportements contagieux et les déconseillent aussi plus vivement (...). Par contre, au niveau de la terminologie (différence entre les mots 'malade du sida' et 'séropositif') ils sont bien placés, et sont aussi les plus nombreux à connaître la campagne de solidarité " (1990b, p. 6).

La synthèse de l'évaluation de 1991-1992 (1993), montre que les connaissances et croyances fausses en matière de protection ont conservé une " stabilité de très bas niveau ". " Il en est ainsi des indications se rapportant aux relations homosexuelles, aux visites aux prostituées, au test VIH, à la transfusion sanguine " (p. 135). En ce qui concerne les connaissances au sujet des moyens effectifs de protection, la mention du préservatif " a augmenté chez les 17-30 ans de 62 % à 92 % entre janvier 1987 et octobre 1988. Dès 1988, ce moyen de protection est mentionné par près de 90 % des personnes des deux catégories d'âge " (p. 136-37). Par contre, la mention de la fidélité a augmenté jusqu'en 1989 puis diminué et celle de l'abstinence est restée relativement stable (p. 137). Il faut cependant retenir que ces deux dernières citations, tout comme celle à propos des seringues propres, sont influencées par les 'préférences personnelles' et non pas par le manque de connaissances, c'est-à-dire le fait de ne pas y penser spontanément parce que cela ne concerne pas directement la majorité de la population (p. 137).

Le rapport de synthèse de 1993-1995 (1996), mentionne qu'au niveau des connaissances, le préservatif est mentionné par plus de 90 % de la population générale. Les moyens de protection sont plus fréquemment mentionnés que les mesures d'évitement (p. 30).

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Du rapport de synthèse de 1996-1998 (1999) (notamment de l'enquête annuelle sur les comportements sexuels et préventifs), il ressort également que, comme moyen efficace de prévention, le préservatif est mentionné " par près de 90 % des personnes et, de façon générale, les moyens de protection sont toujours cités plus fréquemment que les mesures d'évitement " (p. 37). En ce qui concerne la mention spontanée du préservatif comme moyen de protection, on observe une similitude entre la Suisse alémanique et la Suisse romande. Par contre, un décalage est constaté au Tessin (moins fréquemment cité).

Suite à la diffusion de la brochure d'information et au lancement de la campagne de prévention STOP-SIDA, l'évaluation de 1988 (déjà) mentionnait que " les connaissances sur les modes de transmission du VIH et sur les moyens de se protéger d'une contamination sont acquises pour la majorité de la population en Suisse ". Un tel constat est confirmé en 1998 : le préservatif est mentionné par près de 90 % des interviewés comme moyen efficace de se protéger. Sur ce point, seul le Tessin semble en décalage (la mention spontanée concernant le préservatif comme moyen protection moins fréquemment citée). Les connaissances et croyances fausses concernant les moyens de protection semblent avoir gardé une stabilité à un niveau très bas. Toutefois, il est à signaler que les moyens de protection sont plus fréquemment mentionnés que les mesures d'évitement.

Connaissances précaires

D'une manière générale, l'évaluation de 1986 (1987) à propos de l'impact de la brochure d'information démontre que les " notions erronées de risque diffus impliquant les transfusions de sang et les contacts avec les homosexuels ont diminué, quoique faiblement, après la lecture de la brochure " (p. 43).

Malgré une consolidation des connaissances sur les modes de transmission et les moyens de se protéger, le rapport de synthèse de 1988 (1989), mentionne le fait que rien ne permet de conclure que les gens ont compris le caractère de durabilité du sida. De plus, la perception d'un risque potentiel apparaît encore trop souvent figée dans les relations sexuelles vécues en dehors de la " bulle protectrice " des relations proches. En général donc, des doutes subsistent au sein d'une minorité de la population (par exemple sur la possibilité de

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

transmission par la salive ou sur le risque attribué aux transfusions) " (p. 13). La même synthèse, révèle que certaines informations – diffusées plus rarement – n'ont pas forcément été reçues par la population et ont même engendré des contradictions " : il s'agit essentiellement des informations sur ce qui n'est pas dangereux, sur ce qui ne comporte pas de risque de contamination par le VIH (...) " (p. 36) et ce notamment chez les jeunes Tessinois, bien que les doutes s'amenuisent avec le temps, ou encore, des croyances d'une contagion possible chez le dentiste, par des piqûres d'insectes, par la salive ou les larmes, par le baiser, dans les piscines, par la poignée de main.

Le rapport de 1989-1990 (1991), signale que certaines " incertitudes subsistent au sujet de ce qui ne transmet pas le sida (...) " (p. 59).

Comme il ressort des études de Villaret Domenighetti (1990a, 1990b), les " baisers et la salive sont définis comme contagieux par 16.3 % des interviewés suisses (Tessinois: 21.8 %), les interventions chez le dentiste par 20.5 % (Tessinois: 29.1 %) et les rapports sexuels avec préservatif par 24.2 % (Tessinois: 28.1 %) " (1990a, p. 7). Ce résultat est considéré comme "fiable (...) " (1990b, p. 3). A souligner encore le fait que " 41.3 % des Suisses pensent que les termes " séropositif " et " malade du sida " signifient la même chose, alors que ce pourcentage est de 18.9 % chez les Tessinois " (1990a, p. 8).

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Les données recensées ne permettent pas une analyse diachronique complète. Néanmoins, nous pouvons avancer que des connaissances précaires ou des incertitudes subsistent dans la population, notamment en ce qui concerne la connaissance de ce qui ne transmet pas le sida ou ne comporte pas de risque (baiser/salive, transfusions sanguines, dentiste, rapports sexuels avec préservatif etc.). A signaler également l'incertitude quant à la différence entre les termes " séropositif " et " malade du sida " (reportée en 1990 dans l'étude de Villaret et Domenighetti (1990a, 1990b).

Test

La synthèse de 1987 (1988) soulève que dans tous les groupes étudiés apparaît encore un manque de connaissances ou des croyances erronées en ce qui concerne la signification et l'utilité du test de dépistage des anticorps VIH. La raison qui motive le fait de faire le test est la nécessité de faire " enfin un bilan santé " notamment chez ceux qui pratiquent le "safer-sex" depuis un certain temps. Les raisons pour ne pas le faire est la certitude de ne jamais avoir été exposé au risque, la peur d'être confronté à une éventuelle séropositivité...(p. 66).

Comme dans le rapport préalable, celui de 1988 (1989) soulève le fait que les " connaissances sur le test (signification, utilité) sont encore insuffisantes dans tous les secteurs de la population étudiés " (p. 15). Souvent confondu avec un moyen de prévention. De plus, trop souvent pratiqué dans de mauvaises conditions.

A ce propos, l'étude de Villaret et Domenighetti (1990a) mentionne que: " En ce qui concerne le test pour la recherche des anticorps VIH ('test du sida'), 17.7 % des Tessinois et 13.9 % des Suisses interpellés disent s'y être soumis. Parmi ceux qui se sont soumis au test, 23.3 % au Tessin et 44.3 % en Suisse sont des donneurs de sang " (1990a, p. 12).

Du rapport de synthèse de 1991-1992 (1993), il ressort que le test a été effectué par une partie importante de la population (volontairement ou par le biais du don de sang) et pour des raisons pertinentes quand il s'agissait d'un test volontaire. (Chez ceux qui sont exposés à des risques potentiels, la majorité a subi le test.)

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Dans ce cas également une lecture diachronique complète n'est pas possible. Des évaluations prises en considération, deux éléments peuvent être mis en évidence. Premièrement une possible persistance, dans une partie de la population, de l'absence de connaissances, mais aussi de croyances imprécises sur la signification, l'usage et l'utilité du test de dépistage des anticorps VIH. Risque de le confondre avec un moyen de prévention. Deuxièmement, il ressort qu'au début des années '90, une partie importante de la population a effectué le test, soit volontairement, soit en raison du don de sang. Il est spécifié que lors d'un test volontaire les raisons qui en ont motivé le choix étaient pertinentes. Ce qui permet d'affirmer qu'au moins une bonne partie de la population connaît la signification du test.

Représentations et croyances vis-à-vis du sida

Les transfusions sanguines et la perception d'autres risques

Des enquêtes, présentées dans l'évaluation de 1986 (1987) sur l'impact de la brochure d'information, ont révélé la persistance de croyances erronées - véhiculées par une représentation de la maladie à risque diffus, c'est-à-dire des vecteurs ou des contextes de contagion involontaires et insoupçonnés, " menaçant tout un chacun, indépendamment de son appartenance à des groupes particuliers " (p. 42) - dans des proportions importantes de la population. Parmi ces croyances erronées la plus évidente (exprimée par 43 % de la population après lecture de la brochure) est le " risque de transmission par les transfusions sanguines " (p. 4). En général, après lecture de la brochure, les croyances (fausses) relatives à la contagion : par contacts quotidiens (ex. serrer la main etc.) ont diminué (de 30/32 % à 22 %) ; par la salive lors de baisers sont restées inchangées (17/18 %) ; par la fréquentation de bains/saunas/WC publics ont affiché une faible diminution (de 11 % à 6 %), par la nourriture sont restées inchangées (1 %).

Le rapport d'évaluation de 1987 (1988), mentionne qu'on " assiste à une disparition progressive des connaissances fausses quant aux modes d'infection, l'affirmation, que le risque lors de transfusions sanguines existe, subsiste chez près de la moitié des 17-30 ans "(p. 47). Une telle croyance est partagée par plus de 80 % des " jeunes Tessinois " (enquête réalisée au Tessin auprès de

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

1682 jeunes gens de 19 ans lors de la visite médicale pour le recrutement, en mars-juillet 1987).

Le rapport de synthèse de 1989-1990 (1991), fait mention que l'appréciation des données, concernant d'autres risques en dehors des rapports sexuels et des échanges de seringues, est problématique. Notamment, en ce qui concerne les transfusions sanguines (difficultés d'interprétation) et la salive et les baisers en raison d'informations contradictoires diffusées dans la presse.

Des deux rapports de Villaret et Domenighetti (1990a, 1990b), il émane une fois de plus que le " le taux de ceux qui considèrent [" ou qui probablement ont peur "] encore que les transfusions sanguines sont contagieuses en Suisse (56 %) reste très élevé " (1990b, p. 3). Chez les Tessinois ce taux est de 58.8 % (1990a, p. 7).

Les données recensées font ressortir la persistance de la croyance erronée du risque de transmission du VIH par les transfusions sanguines. En 1990, 56 % des Suisses (et notamment au Tessin) interviewés considéraient les transfusions en Suisse comme contagieuses. D'autres croyances, également fausses, semblent subsister - bien que dans une moindre mesure - comme la contagion par le biais de contacts quotidiens ou par les baisers/la salive.

L'apparence physique comme critère de jugement

Du rapport de 1987 (1988), émane la problématique (sans en quantifier la portée) concernant la croyance relative à l'apparence physique : " la confusion qui existe entre propreté, bonne mine, bonne allure, distinction et absence de risque, notamment dans le choix des partenaires " (p. 49). Croyance qui persisterait chez certains, supposant ainsi que le sida est visible. Elle prolonge l'idée qui confond séropositifs et malades, bien que la notion d'infection latente semble être davantage comprise sur le plan intellectuel. Derrière de telles croyances (par ex. l'apparence physique) on peut en effet faire le parallèle avec l'opinion que le sida (ou le risque de contamination) " ça n'arrive qu'aux autres " (p. 49). Opinion qui, par ailleurs, " demeure relativement forte ", comme le mentionne le même rapport de 1987 (p. 49). En effet, "l'image qu'on a de la population à risque semble bien avoir débordé du "ghetto" des homosexuels

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

pour inclure les 'gens qui vivent dans la promiscuité et l'inconduite' "(p. 49). Une telle représentation " subsiste " (p. 49) malgré le fait " qu'une grande partie de l'effort de propagande ait été consacré, depuis l'édition de la brochure en 1986, à faire comprendre que le virus ne tient pas compte des groupes à risque " (p. 49).

L'enquête sur le comportement sexuel des jeunes adultes de 17-30 ans, dont il est question dans la synthèse de 1988 (1989), confirme la diminution, en l'espace de deux ans, de la croyance erronée que la prudence dans le choix du partenaire, selon des critères d'apparence physique ou d'appartenance sociale, serait un moyen efficace de prévention.

La synthèse de l'évaluation de 1991-1992 (1993), précise que " la croyance que le soin dans le choix du partenaire [apparence physique] assure une protection a très fortement diminué depuis 1987 chez les 17-30 ans ; l'évolution est identique dans les deux catégories d'âge depuis 1989 "(p. 135).

La première évaluation de la campagne STOP-SIDA en 1987 avait permis de mettre en évidence la problématique de la croyance relative à l'apparence physique. C'est-à-dire, l'association ou la confusion dans le choix des partenaires, de la propreté et de la bonne mine comme signe d'absence de risque, laissant ainsi supposer que le sida est visible. Par ailleurs, un tel processus de lecture morale ou sociale de l'apparence physique déborde des groupes jugés comme étant à risque (homosexuels, drogués) et inclut les gens vivant dans l'inconduite et la promiscuité. Or, la synthèse de 1991-1992 mentionnait qu'une telle croyance avait fortement diminué depuis 1987. Nous supposons qu'elle a continué à diminuer jusqu'à nos jours.

La perception individuelle et collective

De manière générale, en ce qui concerne les représentations de la maladie comme risque restreint ou diffus, le rapport d'évaluation de 1986 (1987) concernant l'impact de la brochure d'information, conclut que " l'importance quantitative des allusions à un risque socialement indifférencié permet d'affirmer que le sida est perçu, par la population suisse, simultanément comme une maladie à risque diffus et à risque restreint. Les interviewés de la seconde

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

enquête, qui ont lu la brochure, se distinguent des autres par une représentation plus " restreinte " et moins " diffuse " (p. 44).

Selon le rapport d'évaluation de 1987 (1988), une bonne partie des gens semblent maintenant convaincus que, dans le cours des choses, il est possible d'être exposé au VIH, c'est-à-dire de se sentir personnellement concerné par la prévention à propos du sida (pas de différence significative entre la Suisse alémanique et la Suisse romande).

D'une manière générale, par rapport à 1987, la synthèse de 1988 (1989) donne l'impression que l'on passe de " représentations [sur le sida] irrationnelles ou émotionnelles à des représentations plus mesurées et nuancées " (p. 38). Toutefois, il coexiste là des représentations négatives et neutres (témoignant d'un apprentissage) : a) " Le sida demeure une maladie honteuse, où il est question de sexe et de drames (...), en cela totalement différente du cancer " (p. 38) ; b) " On entend beaucoup moins la croyance que le sida est lié à des 'groupes à risque' " (p. 38) ; c) " De plus en plus on exprime l'idée que 'finalement ça peut arriver à n'importe qui' " (p. 38). Toujours selon le rapport de 1988, on relève que " de l'ensemble des études réalisées, il se dégage la certitude que de plus en plus de gens se sentent concernés par le sida " (p. 41). Chez les jeunes adultes de 17-30 ans notamment, cette prise de conscience est perceptible pour la moitié d'entre eux, qui ne vivent pas une relation stable ou n'ont pas encore eu de relations sexuelles, ils disent prendre le risque du sida au sérieux, et ce plus souvent qu'auparavant quand ils choisissent un nouveau partenaire " (p. 41).

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Etablir une évolution à long terme n'est pas possible, en raison du manque de données à ce propos; nous mettons donc en évidence l'ébauche d'une tendance observée vers la fin des années '80 et que nous supposons s'être affirmée jusqu'à nos jours. A savoir, que la croyance que le sida concernerait exclusivement des "groupes à risque" diminue d'intensité. Parallèlement, la conviction que " finalement ça peut arriver à n'importe qui " est renforcée, donc de plus en plus de gens se sentent concernés par le sida.

Le domaine de la sexualité (activité sexuelle)

Activité sexuelle et exposition au risque

Rapport de synthèse de 1987 (1988). Deux enquêtes téléphoniques identiques auprès de la population résidant en Suisse alémanique et en Suisse romande, âgée de 17 à 30 ans (N= 1200) (janvier 1987 et octobre 1987) avaient pour but de mesurer le changement des comportements à risque (nombre de partenaires sexuels occasionnels) et des comportements de protection (utilisation de préservatifs). La première enquête, réalisée avant la campagne, a montré que 18 % des interviewés avaient eu des relations sexuelles occasionnelles (en dehors d'une relation stable) au cours des six derniers mois. " Parmi eux, 67 % n'utilisaient jamais de préservatif, 25 % de temps en temps et 8 % toujours " (p. 6). La deuxième enquête, huit mois après le début de la campagne, permet de démontrer que l'usage du préservatif est en hausse (statistiquement significatif). En effet, si 14 % des gens avaient eu des relations sexuelles occasionnelles lors des six derniers mois, 38 % d'entre eux n'employaient jamais de préservatif, 45 % de temps en temps et 17 % toujours.

Rapport de synthèse de 1989-1990 (1991). Du sondage auprès de la population en général de 17-30 ans (jeunes adultes) et, pour la première fois (1989), de 31-45 ans (adultes) – reporté dans le rapport de synthèse 1989-1990 – il ressort que plus de 60 % des jeunes adultes et environ 84 % des adultes cohabitent avec un partenaire stable et fidèle. De plus, le nombre de personnes entre 23 et 30 ans n'ayant pas de partenaire stable " chute rapidement " (p. 48) et se " stabilise autour de 10 % à partir de 31 ans " (p. 48), structure qui est restée stable lors des cinq enquêtes (p. 48). A partir de ces données, il est supposé que la majorité de la population n'est pas exposée à un risque de transmission sexuelle du virus VIH du fait de sa façon de vivre " (p. 48). Cependant, il faut

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

relever que de telles données sont à relativiser, étant donné que chaque année 17 % à 20 % des 17-30 ans et 4 % des 31-45 changent de partenaire stable ou commencent une nouvelle relation stable : " ils se trouvent, par conséquent, dans une situation où ils doivent se poser la question de la prévention du sida " (p. 48). Parmi ceux-ci (qui ont changé de partenaire stable ou établi nouvelle relation stable), en 1990, 58 % ont utilisé des préservatifs; " cela représente une augmentation de 18 % depuis 1988 " (p. 48). Dans la synthèse de 1989-1990, en ce qui concerne le partenaire stable, il n'y a pas de différence significative entre les sexes, sauf pour les femmes de 17 à 20 ans chez qui le changement de partenaire est plus fréquent que chez les hommes (p. 71). Dans la synthèse de 1989-1990, en ce qui concerne les partenaires occasionnels, les hommes " sont plus nombreux à mentionner avoir eu des partenaires occasionnels que les femmes, sans que cela soit compensé par une augmentation du nombre de ces partenaires chez les femmes " (p. 74). Tendances observées de 1987 à 1990.

Dans le rapport de synthèse de 1991-1992 (1993), l'enquête portant sur l'activité sexuelle montre que son niveau (nombre de partenaires au cours de la vie, relations sexuelles avec des partenaires occasionnels dans les six derniers mois, nouveau partenaire stable dans l'année, expérience avec des prostituées) dans l'ensemble de la population âgée de 17 à 45 ans est resté stable (p. 21).

Du rapport de synthèse de 1996-1998 (1999), il ressort que la " moyenne de partenaires sexuels au cours de la vie a diminué chez les hommes mais restée stable chez les femmes " (p. 38). Toutefois, le même rapport laisse apparaître qu'une " fraction non négligeable de la population se trouve, à un moment donné, dans une situation où la question de la prévention du sida doit être posée, ce en raison d'un changement de partenaire, la rencontre de partenaires occasionnels ou concomitants ou le fait de s'injecter de la drogue " (p. 38). Selon les régions linguistiques il n'y a pas de différence " pour ce qui concerne le changement de partenaire stable et les partenaires occasionnels des six derniers mois " (p. 45).

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

De manière générale, les données concernant les comportements sexuels (nombre de partenaires au cours de la vie, relations sexuelles avec des partenaires occasionnels dans les six derniers mois, nouveau partenaire stable dans l'année, expérience avec des prostituées) semblent supposer un caractère de stabilité dans l'activité sexuelle de la population de 17 à 45 ans. Plus de 60 % des jeunes adultes et environ 84 % des adultes cohabitent avec un partenaire stable et fidèle. Donc, bien que la majorité de la population ne semble pas exposée à un risque de transmission par voie sexuelle du virus VIH en raison de sa situation dans la vie, l'évaluation de 1996-1998 laisse apparaître qu'une " fraction non négligeable de la population se trouve, à un moment donné, dans une situation où la question de la prévention du sida doit être posée, du fait du changement de partenaire, de la rencontre de partenaires occasionnels ou concomitants, ou d'injection de drogue ".

Les jeunes et la recherche de partenaires

Le rapport de synthèse de 1988 (1999) mentionne que "l'exposition à un risque potentiel de contamination par voie sexuelle par le VIH concerne la majorité des jeunes " (p. 14). Et ce, en raison de la " recherche du partenaire avec qui on va faire un bout de chemin ensemble " (p. 14 – 'monogamie séquentielle').

Parmi les jeunes adultes (17-20 ans, apprenti(e)s), le rapport 1998-1990 (1991) signale une nette diminution du " nombre total de partenaires sexuels (depuis les premières relations sexuelles) " (p. 59).

Comme le souligne le rapport de 1991-1992 (1993), le niveau d'activité sexuelle est resté stable (depuis 1987) si l'on se réfère spécifiquement aux jeunes adultes de 17-20 ans et si l'on tient compte de la proportion de ceux qui ont une activité sexuelle avec trois partenaires et plus ou qui ont des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels (p. 21). La promotion du préservatif n'a pas encouragé la " promiscuité " (p. 30).

Du rapport de synthèse de 1993-1995 (1996), il ressort plusieurs indices qui " supposent que l'on assiste chez les plus jeunes à une diminution de la fréquence des situations impliquant un risque potentiel de transmission du VIH " (p. 34)

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Dans le rapport de synthèse 1996-1998 (1999), il est mentionné qu'au début de la période, plus d'hommes que de femmes déclaraient avoir changé de partenaire stable, surtout chez les plus jeunes ; cette différence s'est amenuisée et les taux sont maintenant très semblables " (p. 45). D'une manière générale, il apparaît que les " jeunes manifestent une certaine prudence face à la sexualité: sexualité active plus tardive, diminution du nombre de partenaires et moins fréquemment de nouveaux partenaires " (p. 51).

D'une manière générale, il ressort, des données concernant les comportements sexuels chez les jeunes, que cette population est pour la plupart exposée à un risque potentiel de contamination par voie sexuelle, en raison de la période de monogamie séquentielle. Toutefois, il apparaît que les jeunes ont tendance à se montrer plus prudents face à la sexualité, ceci est reflété par la diminution du nombre de partenaires sexuels et la diminution du nombre de nouveaux partenaires, ainsi qu'une vie sexuelle plus tardive.

Le SIDA a-t-il influencé les comportements sexuels ?

Dans la synthèse de 1989-1990 (1991), en ce qui concerne les 17-30 ans, " la proportion de ceux qui n'ont pas encore eu de relations sexuelles reste constante " (p. 71). Cela laisse supposer que le sida " n'a pas eu d'impact sur l'initiation à la vie sexuelle des adolescents et des jeunes adultes " (p. 71).

Des sondages de Villaret et Domenighetti (1990a, 1990b), il apparaît que " 17.5 % des interviewés suisses disent que le sida les a fait renoncer à des relations sexuelles avec de nouveaux partenaires (Tessin : 12.8 %) " (1990a, p. 12). Le pourcentage est pratiquement le même (en proportion) chez les jeunes Suisses et les Tessinois. De même, il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes, sauf au Tessin où les hommes affirment avoir renoncé à une relation sexuelle deux fois plus souvent que les femmes (1990a, p. 12). Les jeunes (20-29 ans) " n'ont pas, à cause du sida, renoncé plus souvent que les autres aux relations sexuelles " (1990b, p. 5). Les Suisses alémaniques affirment plus souvent que les autres (Romands et Tessinois) avoir renoncés à des rapports sexuels à cause du sida (1990b, p. 6).

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Le rapport de 1991-1992 (1993), montre que le sida n'a pas influencé l'âge d'entrée dans la vie sexuelle, mais ceci suit une tendance " séculaire " : " L'âge moyen du premier rapport sexuel est passé graduellement de 19.4 ans pour la génération des 41-45 ans à 17.7 ans pour celle des 21-25 ans " (p. 21). De même, la proportion des personnes commençant une activité sexuelle a augmenté, aussi bien pour les hommes que pour les femmes" Cette augmentation des relations sexuelles précoces semble progresser par paliers (...) " (p. 22). Dans le même rapport de 1991-1992, on évoque le manque d'informations détaillées sur les pratiques sexuelles (exemple : sodomie, fellation, etc.) rendant ainsi irréalisable " la possibilité de préciser et d'affiner la spécificité des messages de prévention, en fonction des pratiques sexuelles " (p. 155).

Le rapport de 1993-1995 (1996) confirme également que la prévention du sida " ne semble pas avoir eu d'effet majeur sur l'activité sexuelle " (p. 30). La fréquence et le nombre de partenaires sont restés stables entre 1987 et 1994. Il ressort du même rapport, que chez les adolescents, on n'observe ni une activité sexuelle plus précoce, ni une augmentation du nombre de partenaires. Au contraire, la tendance s'est inversée vers la fin des années 1980 (début, à grande échelle, de la prévention du sida). " En effet, la proportion des jeunes sexuellement actifs à 17 ans, qui avait lentement augmenté depuis les années 70, a commencé à diminuer " (p. 33). Une des conclusions générales du rapport démontre donc le fait qu'une "plus grande protection n'apporte pas de changements majeurs dans l'activité sexuelle " (p. 46).

De même, le rapport 1996-1998 (1999) confirme que la " prévention du sida ne semble pas avoir eu d'effet majeur sur l'activité sexuelle " (p. 38).

D'une manière générale, il ressort que la prévention du sida ne semble pas avoir eu d'effets majeurs sur l'activité sexuelle. La fréquence et le nombre de partenaires sont restés plus ou moins stables. Une plus grande protection n'a pas entraîné de changements majeurs dans l'activité sexuelle.
--

L'image du préservatif

L'image générale

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Le rapport de synthèse de 1988 (1989) démontre que pour les jeunes " la question de la contraception occupe une place très importante lorsqu'ils évoquent l'usage du préservatif " (p. 55) Très utilisé au moment d'entrer dans la vie sexuelle et indépendamment des visites médicales, le préservatif " est moins lié au sida qu'à la contraception, même si bon nombre de jeunes commencent à s'en servir pour ces deux raisons " (p. 55).

D'une manière générale, le rapport 1989-1990 (1991) résume ainsi comment la population perçoit le préservatif : " Le préservatif est reconnu comme 'valable et nécessaire' pour les relations d'une nuit. Son emploi est plus problématique quand il s'agit d'une nouvelle relation (stable) ou d'une relation de longue durée. Pour cette dernière cependant, le préservatif joue le rôle de contraceptif " (p. 59). Impressions émanant de discussions: l'utilisation du préservatif " est unanimement approuvée pour les relations du 'samedi soir' (105) ; Dans le " cadre de relations jugées plus 'normales', il y a ambiguïté "(p. 105).

D'une manière générale, le rapport 1991-1992 (1993) montre que la population perçoit le préservatif comme suit: " le préservatif est considéré comme un objet d'actualité, dont l'usage n'est pas réservé aux jeunes; pour les trois quarts des gens, il est devenu banal " .

Du rapport de 1993-1995 (1996), il apparaît que l'image du préservatif n'a pas changé. " L'acceptation sociale du préservatif est très forte, il est considéré comme un objet banal. Il n'est ni 'ringard', ni 'dépassé', ni spécifiquement destiné 'aux jeunes' (et ceci pour toutes les catégories d'âge) et il ne provoque pas de gêne lors de son achat; son emploi n'est pas compliqué " (p. 31). A signaler qu'une des conclusions générales du rapport soulève le fait qu'on voit " aussi apparaître des problèmes liés à une utilisation massive du préservatif " (p. 46).

Du rapport de synthèse de 1996-1998 (1999), il émane que "l'image du préservatif ne présente aucune différence en ce qui concerne les sexes " (p. 45), ni entre les différents niveaux d'instruction, sauf une " différence notable : les jeunes (17-30 ans) de niveau [d'école] primaire sont plus nombreux à déclarer qu'ils achèteraient plus de préservatifs s'ils coûtaient moins cher " (p. 46). A signaler encore que, malgré le fait que le risque de déchirure du préservatif demeure très faible, " son usage croissant implique que de plus en plus de

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

personnes sont confrontées, une fois ou l'autre, à ce genre de problème (déchirure ou glissement du préservatif) " (p. 48). Chez les jeunes, une " fraction non négligeable (...) a déjà rencontré des problèmes liés à l'usage du préservatif (déchirure, glissement) " (p. 51). Donc, il existe une conséquence méconnue du succès de la prévention : " des problèmes liés à l'utilisation massive du préservatif. Même si le taux d'échecs est bas, de plus en plus de personnes connaissent des ratés, quand il s'agit d'utiliser ce moyen de protection (déchirures, etc.), qu'elles doivent gérer " (p. 87). Il faut donc éviter de décourager et d'inciter à renoncer au préservatif dont l'efficacité n'est pas en cause.

D'une manière générale, l'image du préservatif est vraisemblablement acceptée, il est devenu un objet d'actualité et considéré comme banal (ce pour toutes les catégories d'âge et non pas réservé seulement à l'usage des jeunes). L'acceptation sociale du préservatif est très bonne. A signaler qu'en raison de son utilisation massive, des problèmes surgissent qui donnent lieu à des retombées inattendues (déchirures, glissements), ce qui pourrait décourager (expérience de " ratés ") ou inciter à renoncer à son utilisation.

Résistances et reproches

Comme déjà évoqué en 1987, l'évaluation de 1988 (1989) souligne que les principales résistances à l'égard du préservatif sont avant tout d'ordre relationnel (notamment avant l'usage) et non pas au sujet de l'objet lui-même. D'une manière générale, les connaissances imprécises et/ou contradictoires peuvent amener à considérer la contamination par voie sexuelle comme un risque parmi d'autres. Les principaux doutes à l'origine de ces résistances sont : " croire que le préservatif n'est pas sûr, ou qu'il n'est pas ce qu'il y a de plus sûr ; croire que les scientifiques n'ont pas dit tout ce qu'ils savent sur le sida, qu'ils cachent des faits ; croire que les autorités en général comptent sur la crainte provoquée par le sida pour 'contrôler' le comportement des gens " (p. 57).

Du rapport de 1991-1992 (1993), il ressort que les principaux reproches fait au préservatif sont qu'il ne s'agit pas de quelque chose de naturel et qu'en plus il n'est pas totalement efficace (environ 40 % sont d'accord avec ces affirmations). Une minorité significative de personnes (entre 15 et 30 %) trouve que le

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

préservatif est un "gâche-plaisir", qu'on n'en a pas besoin lorsqu'on s'aime, et qu'il laisse planer un doute sur la "santé du partenaire. Son prix, l'embarras vécu au moment de l'achat et son aspect peu pratique ne semblent pourtant pas constituer un obstacle important à son utilisation (moins de 10 % de mentions) " (p. 22). Si l'on n'observe pas de différence de jugement selon les âges, il existe une différence entre les régions linguistiques : " les Suisses alémaniques ont une image plus positive du préservatif que les Suisses romands et, surtout, les Tessinois " (p. 22).

De la synthèse de 1993-1995 (1996), il ressort que trois choses liées au préservatif sont encore problématiques : le doute sur son efficacité (4 personnes sur 10), les conséquences personnelles perçues par l'utilisateur comme une diminution du plaisir (30 % des consultés) et son côté " pas naturel " (plus de 40 %); on peut également mentionner son impact sur la relation (il crée des doutes ou " inutile quand on s'aime " (près d'une personne sur 5). Les " accidents lors de l'utilisation du préservatif (déchirure et glissement) sont une réalité dont il faut tenir compte " (p. 32).

Du rapport de 1996-1998 (1999), il se dégage que " le préservatif est plus fréquemment déclaré 'banal' en Suisse alémanique, il l'est un peu moins en Suisse romande et presque pas au Tessin. Les Alémaniques sont moins nombreux que les Romands et les Tessinois à trouver qu'il " diminue le plaisir " ou qu'il " n'est pas naturel " ; ces différences pourtant s'amenuisent entre Romands et Alémaniques, mais perdurent en ce qui concerne les Tessinois " (p. 45).

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

En ligne générale, trois choses semblent créer des résistances en ce qui concerne l'utilisation du préservatif: premièrement la doute sur son efficacité, deuxièmement, les conséquences personnelles perçues par l'utilisateur, comme la diminution du plaisir et le côté " pas naturel ", et troisièmement les difficultés d'ordre relationnel (barrière) en instaurant par exemple le doute chez le partenaire. Donc, les résistances face aux préservatif semblent plutôt concerner le contexte et la personne et non pas l'objet en tant que tel.

La dimension esthétique et la crédibilité

Par la dimension esthétique et la crédibilité, nous essayons de cerner l'image donnée par la campagne STOP-SIDA à la population et, notamment, comment ont été reçu son contenu et sa forme.

Comment la campagne a-t-elle été perçue

En ce qui concerne la brochure tous ménages, comme l'affirme l'évaluation de 1986 (1986), elle a reçu " un accueil presque unanimement positif , pour la qualité de sa présentation et la clarté du texte " (p. 3). Les Tessinois l'ont davantage appréciée, ensuite viennent les Romands et, enfin, les Alémaniques. 90 % des lecteurs l'ont trouvée facile à comprendre. Seule une très petite proportion des lecteurs l'a trouvée mauvaise, simpliste ou trop compliquée, inutile et/ou dangereuse. En général, la " brochure a été lue par 56 % de la population, un peu plus en Suisse alémanique et un peu moins par ceux qui n'ont suivi que la scolarité obligatoire " (p. 3). Un quart des interviewés déclare ne pas avoir reçu ou remarqué la brochure dans son courrier. Sur les 245 interviewés (800) avec enfants, 73 % ont donné la brochure à lire à leurs enfants (p. 28). % des interviewés qui ont lu la brochure s'estiment bien informés sur le sida. La proportion est de 65 % pour ceux qui non pas lu la brochure. " La demande d'informations faite avant l'action de l'OFSP par 2/3 de la population peut être considérée comme satisfaite " (p. 4).

Le rapport de synthèse de 1987 (1988), le premier qui fait suite à la campagne STOP-SIDA, mentionne que, d'une manière générale, les " messages de prévention donnent lieu à des réactions positives, avec, cependant, certaines réserves qui émanent des milieux ecclésiastiques, ceux-ci souhaitent des recommandations au contenu plus éthique " (p. 5). L'utilité de la campagne de

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

prévention " est généralement reconnue et la crédibilité des émetteurs, l'OFSP et l'Aide Suisse contre le sida (ASS), n'est pas mise en doute " (p. 6). Chez les gens interrogés, tous ont remarqué la campagne et notamment les affiches, " et seule une infime minorité d'entre eux s'estiment choqués par la forme ou par le contenu des messages " (p. 6). A noter que l'affiche portant sur le thème de la fidélité (slogan " reste fidèle ") a suscité " des réactions négatives de la part des personnes qui le trop moralisateur ou qui, comme les homosexuels, ne peuvent s'identifier à ce symbole du mariage " (p. 6).

L'évaluation des campagnes de prévention de 1988 (1989) soutient que les messages des campagnes nationales de lutte contre le sida, et notamment le langage verbal et visuel et la mise en forme, " contiennent un vocabulaire pertinent qui convient à tous les milieux, favorisant ainsi l'attention, la compréhension, l'acceptation des consignes et l'auto-identification par le public cible " (p. 15). La diffusion des messages a assuré une présence publique permanente ". A part quelques expressions de " ras-le-bol " apparent, on n'observe pas de sentiment de saturation de la part de la population à l'égard de la prévention " (p. 16). Chaque offre reçoit donc un accueil favorable. Signalons que d'après une évaluation spécifique sur la réalisation des programmes d'information et d'éducation sur le sida dans les écoles, les jeunes, par besoin d'être confronté à la réalité, souhaitent rencontrer des séropositifs ou des malades pour qu'ils leur parlent de leur expérience.

D'une manière générale, le rapport de 1989-1990 (1991) conclut du bien-fondé de la campagne de prévention STOP-SIDA et de l'acceptation des thèmes (p. 61). Les rares critiques avancées " se rapportent à des éléments formels " (ibid.); notamment le souhait d'un ton plus dur, " plus orienté vers la crainte; ce type de demande vient, en général, de gens déjà convaincus de l'utilité de la prévention et qui voudraient que tout le monde ait changé " (ibid.). A signaler, encore, une étude spécifique concernant les apprentis et rapportée dans la synthèse, qui relève quelques aspects évoqués par cette population à l'égard de la campagne même et ses messages : " le problème du sida est principalement perçu sous l'angle de la toxicomanie "; " on doute de l'efficacité des campagnes de prévention contre la toxicomanie "; " les relations sexuelles entre adolescents ne sont pas ressenties comme un risque majeur ", " les campagnes sont perçues comme étant trop 'gentilles' " (p. 103).

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Selon le sondage reporté dans les deux études de Villaret et Domenighetti (1990a, 1990b), trois questions ont été posées concernant la campagne STOP-SIDA. La première était: " si vous deviez donner un avis sur la campagne STOP-SIDA, comment la jugeriez-vous? Diriez-vous que c'est une campagne: adéquate, trop imposante par rapport à l'étendue du problème, trop osée, pas assez forte ou trop publicitaire?" (1990a, p. 13). " En Suisse, 56.8 % ont répondu 'adéquate' (TI: 50.6 %), 28.8 % 'pas assez forte' (TI: 32 %), 8.9 % 'trop publicitaire/peu informative' (TI: 8.5 %), 2.4 % 'trop imposante/trop osée' (TI: 3.5 %), 0.5 % 'autres réponses' et 1.1 % 'connaît pas la campagne' (TI: 4.1 %) " (1990a, p. 13). Les jeunes ont une légère tendance à répondre plus souvent 'adéquate'.(1990a, p. 13). Pas de différences entre les sexes. Au Tessin, les femmes de 20-29 ans trouvent la campagne plus souvent 'adéquate' que les hommes (1990a, p. 13). La deuxième question était: " avez-vous déjà entendu parler de la campagne de solidarité organisée par l'OFSP et l'Aide Suisse contre le sida?" (1990a, p. 13) " 53.2 % des interpellés suisses ont répondu 'oui' (TI: 61.7 %) " (1990a, p. 13). Chez les jeunes Suisses (20-29 ans) on remarque que le " taux le plus bas des personnes qui connaissent la campagne est celui des hommes (40.8 %) alors que les femmes se sont montrées plus sensibles (54.4 %, moyenne:47.2 %) " (1990a, p. 13). C'est au Tessin qu'en général les jeunes sont " moins informés par rapport aux autres interviewés " (1990a, p. 13). Enfin, la troisième question était: " avez-vous déjà vu à la télévision, au cinéma ou dans les journaux des spots ou des photos en noir et blanc avec des personnages qui témoignent de leur solidarité envers les malades du sida?" (1990a, p. 13). "70.4 % des interpellés suisses ont répondu 'oui' (TI: 66.1 %) " (1990a, p. 13). Les femmes tessinoises disent avoir vu le moins souvent ces spots et photos. Selon les régions linguistiques, ce sont les Suisses alémaniques qui définissent le plus souvent la campagne comme 'adéquate' et même (...) s'ils ne sont pas les premiers à savoir qu'il y a une campagne de solidarité en cours, ils se rappellent en avoir vu les photos " (1990b, p. 6). Les Romands " ont une tendance plus marquée que la moyenne à considérer que la campagne STOP-SIDA n'est pas 'assez forte' " (1990b, p. 6). Les Tessinois sont " les plus nombreux à connaître la campagne de solidarité " (1990b, p. 6).

En 1991-1992 (1993), l'analyse concernant le côté facilement perceptible des campagnes visant par la population n'a pas été réalisée. Néanmoins, il ressort

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

de la synthèse que les campagnes continuent à être remarquées par la population. A signaler le succès obtenu chez les jeunes par la bande dessinée " Jo ". Et ce, en raison de l'identification avec les personnages, il y a un côté " vivant " (contrairement aux affiches). Le risque "sida" leur est apparu plus concret et les a même motivés à se protéger (p. 14).

Du rapport de synthèse 1993-1995 (1996), il ressort que la campagne STOP-SIDA s'est poursuivie à un " rythme régulier et soutenu ". " En 1995, 69 % de la population se souvenaient avoir vu l'une ou l'autre des phases de la campagne de cette année-là, et entre 20 et 40 % de personnes se souvenaient avec certitude de chacune de ces phases, " (p. 16). L'accueil fait à la campagne continue à être " très positif : 60 % de la population pensent que la campagne continue d'attirer l'attention bien qu'elle ait bientôt 10 ans d'existence et 90 % estiment qu'il faut la poursuivre " (p. 16). A noter encore que, bien que la perception des campagnes soit différente selon les régions, " une accumulation de productions (...) crée un effet de fusion qui homogénéise le tout et facilite la perception des messages de prévention " (p. 74).

Le bilan d'une décennie de prévention du VIH/sida, présenté dans le rapport 1996-1998 (1999), prouve qu'en plus de 10 ans, on a réussi, en Suisse, " à instaurer la prévention " dans les trois niveaux définis par la stratégie (globale). En ce qui concerne la population en général, " la campagne STOP-SIDA (...) continue à jouer un rôle: elle rappelle les messages principaux en matière de prévention, elle est jugée toujours utile par la population " (p. 85). Plus particulièrement, " les campagnes ne jouent plus vraiment de rôle quant à l'acquisition de connaissances (...) [mais] elles ont plutôt une fonction de rappel " (p. 90). Donc : " la prévention reste visible, présente et légitime " (p. 91).

L'évaluation de la campagne STOP-SIDA de 1999 réalisée par Raggenbass Partner, Marketing & Kommunikationsforschung (2000) s'est concentrée sur le rappel général de STOP-SIDA; sur le rappel et l'acceptation de la campagne d'insertion, et sur le niveau et le développement de la campagne STOP-SIDA. Le rappel général de STOP-SIDA est toujours resté très haut (85 %). Toutefois, l'analyse plus détaillée démontre qu'une grande partie des éléments rappelés doit être attribuée au " compte " général incluant le " logo ", le préservatif ou les affiches et les insertions concernant des campagnes actuelles ou passée. Sur

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

environ 1000 citations, 29 % peuvent être attribuées presque sûrement à la campagne d'insertion actuelle. De plus, 7 % sont à attribuer au spot " Seitensprung " du printemps. Donc, le niveau de perception du STOP-SIDA, malgré le bon niveau de rappel, est notablement plus bas qu'il y a deux ans. En effet, les deux campagnes de 1997 (préservatif et solidarité et " Ohne Dings kein Bums! ") avaient obtenu un grand écho. Les valeurs observées concernant les divers canaux de diffusion correspondent à celles du rappel général, à savoir les affiches 73 % et 68 % les insertions, même si la campagne lancée en 1999 fut celle des insertions. Idem en ce qui concerne les spots-TV (72 %), dont une importante partie revient à la publicité " Seitensprung ". La " Hitliste " des campagnes passées est restée la même que celle de 1997. En tête, le logo STOP-SIDA (19 %) avec ses six variantes et " Leo mit seiner Banane " (16 %), puis suivent les slogans " Ohne Dings kein Bums! " (7 %), ainsi que la publicité " Seitensprung " (4 %), et enfin la chanson de Polo Hofer " Im Minimum an Gummi drum " (3 %). Bref, STOP-SIDA reste encore très présent dans la conscience des interviewés. C'est-à-dire que la chaîne associant " explication → STOP-SIDA → préservatif → il faut se protéger " fonctionne encore. Néanmoins, la référence à une campagne, même récente, est moins fréquente qu'avant, en ce qui concerne le rappel et l'acceptation de la campagne d'insertion. Le rappel visuel des quatre sujets de base (l'échauffement, l'étirement, le saut à la perche, la sortie du terrain) se situe entre 48 % et 38 %. Il s'agit donc d'un assez bon rappel quand on sait que tous les sujets ont été diffusés une seule fois. En général, selon les interviewés, les quatre sujets de base présentent un contenu informatif très élevé, ils sont clairs et ouverts. Les interviewés ne sont, en revanche, pas du même avis en ce qui concerne la présentation graphique, notamment la couleur (trop technique, trop dure, trop stylisée). Pour d'autres, ce qu'ils apprécient le moins concerne l'exposition trop franche des organes génitaux, qu'ils considèrent comme " surreprésentés " (dans les insertions sur une page). Donc, 10 % des interviewés ont jugé la campagne obscène, vulgaire et primitive. En conclusion, la campagne de base (mais également pour les sujets de détail) a été bien acceptée quant à son côté rationnel (neutralité, compréhension, ouverture), mais pas pour ce qui est de son côté émotionnel (humour/sympathie en rapport avec la présentation graphique). 70 % des interviewés ont donné une appréciation "moyen" et "très bien"; 25 % expriment une aversion pour cette campagne d'insertion et 10 % la rejettent de manière claire et nette (totalement vulgaire et primitive). Les 15 % restant ne se sentent

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

pas attirés par ce type de publicité. En Suisse romande et au Tessin, la campagne d'insertion est moins bien jugée (moins efficace; graphiquement moins bien réalisée et plutôt de mauvais goût) qu'en Suisse alémanique. Enfin, concernant le niveau et le développement de la campagne STOP-SIDA, l'évaluation fait ressortir que la position et l'acceptation de la campagne STOP-SIDA se trouvent toujours à un niveau élevé au sein du peuple suisse. Comme en 1997, 90 % des interviewés considèrent qu'il est important et juste de continuer au moyen de nouvelles campagnes la prévention du sida (afin que le public reste toujours vigilant). Comme en 1997, les interviewés sont de l'avis que STOP-SIDA a changé avec le temps. En ce qui concerne la question du développement futur de STOP-SIDA (par rapport au '97), les Suisses romands et Suisses alémaniques sont d'avis qu'il faut poursuivre la campagne comme jusqu'à présent. Au Tessin, par contre, plus de la moitié des interviewés désirent des changements, notamment un graphisme plus fin.

De manière générale, dès leur lancement, les campagnes STOP-SIDA ont reçu un accueil très positif. Le contenu des messages, la mise en forme, le langage verbal et le vocabulaire ont été considérés comme pertinents. Quelques réserves, au début notamment, ont été faites principalement par les milieux ecclésiastiques (souhait d'un contenu plus éthique) et par une petite partie de la population (notamment en ce qui concerne la campagne axée sur la fidélité). Dans l'ensemble, les campagnes ont continué à un rythme régulier et soutenu et sont toujours remarquées et jugées utiles par la population (en 1995, 90 % des interviewés affirmaient qu'il était utile de poursuivre les campagnes). A ce propos, les campagnes aujourd'hui ne jouent plus vraiment un rôle en matière d'acquisition des connaissances, mais ont acquis une fonction de rappel.

La dimension communicative

Par la dimension communicative, il y a lieu de cerner l'impact et la problématique du sida dans la vie quotidienne des gens: parmi les groupes qui vont de pair, entre parents et enfants, au sein des couples, à l'école.

La diffusion de la brochure, comme le démontre l'évaluation de 1986 (1986), a permis à 91 % des lecteurs interviewés de s'estimer (très ou plutôt) bien informés, contre 64 %-66 % qui ne l'ont pas lue.

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Dans une étude portant sur les " leaders informels " et leur rôle de transmetteurs notamment auprès des jeunes, dont fait état l'évaluation de 1987 (1988) (la première après le lancement de la campagne), il ressort que " les adolescents sont très demandeurs d'informations et d'écoute/conseils personnels sur le sujet (...) " (p. 79). La plupart de ces leaders informels (parents, enseignants, médecins et éducateurs) " ont eu l'occasion de discuter avec des jeunes au sujet de la prévention du sida, déjà avant la campagne, mais surtout lorsque des thèmes nouveaux étaient évoqués " (p. 79). Néanmoins, il apparaît que " prendre la parole spontanément est plus rare que répondre aux questions posées par les jeunes " (p. 79), d'où l'importance des contacts personnalisés (p. 80). Il est également rapporté que le processus de multiplication des messages par les pairs de manière informelle, " existe déjà dans presque tous les groupes (...) " (p. 82), ce qui témoigne du fait que le sida fait l'objet de discussions, au quotidien.

La synthèse de 1988 (1989) met en évidence le fait que les demandes des populations interrogées subissent une double modification : a) " d'une demande générale (satisfaite), on passe à une demande d'information plus spécifique (personnel hospitalier, éducateurs) davantage liée à des situations précises ou à des problèmes pratiques " (p. 15) ; b) " il y a une évolution vers une demande de conseils ou de soutien (que faire dans une situation donnée, comment faire) qui n'est pas toujours formulée expressément et qui exige une certaine qualité d'écoute " (p. 15). Ceci montre l'importance de la qualité de l'information, celle qui "entre" et celle qui "sort". Dans la même synthèse, il apparaît également que les adolescents (qui participent aux cours d'éducation sexuelle de Pro Familia) ressentent de l'inquiétude quant à l'avenir et manifestent donc de l'intérêt et de l'attention pour les informations en matière de protection (préservatif) : " Comment parler du sida, comment acheter des préservatifs, comment les 'apprivoiser' et s'en servir sans gâcher la relation, comment envisager de faire des enfants plus tard ? " (p. 40). Chez les 17-30 ans, parmi ceux qui ont changé de partenaire ou fait la connaissance d'un nouveau partenaire durant les neuf premiers mois de 1988, la moitié a abordé le sujet avec l'autre.

Du rapport de synthèse de 1989-1990 (1991), il ressort que dans toutes les classes d'âge, la prévention du sida " fait maintenant effectivement partie des discussions des nouveaux couples, puisque la majorité des personnes

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

interrogées en 1989 et 1990 ont parlé du sida avec leur nouveau partenaire " (p. 76). Dans une étude concernant spécifiquement les apprentis, il est mis en évidence que des " discussions personnelles sur le sida ont eu lieu principalement avec les collègues du même âge (90 %), le/la partenaire (87 %) et les parents (la mère :78 % et le père 60 %). Les discussions avec les parents sont plus fréquentes parmi les apprentis disant avoir des bonnes relations avec eux " (p. 52). De même, ce sont les apprentis les plus jeunes qui discutent le plus souvent avec leurs parents (p. 104).

Le rapport de synthèse 1991-1992 (1993). D'une manière générale, on remarque que la " présence " du sida est également perceptible dans la population lors d'un changement de partenaire " stable " Parmi les personnes qui ont changé de partenaire stable durant l'année, la proportion de celles qui ont parlé du sida avec leur nouveau partenaire est restée relativement stable depuis 1987 chez les 17-30 ans, fluctuant entre 48 % et 58 % " (p. 134). Une augmentation significative a été constatée chez les 31-45 ans entre 1998 et 1992. A noter qu'en juin 1991 un magazine incitant les parents à dialoguer avec leurs enfants a été annexé à divers hebdomadaires illustrés. " Environ 30 % des lecteurs ont révélé spontanément qu'ils ont parlé du sida avec leurs enfants à cette occasion-là " (p. 11). Les évaluateurs présupposent que le faible impact sur la population résulte du choix des supports et de la période retenue (avant les vacances). Plus généralement, il est observé (selon enquête en 1989) " qu'une proportion importante de parents parlent du sida avec leurs enfants et leurs donnent des conseils en matière de protection " (p. 33). Conseils qui sont également " techniques " et à connotation éthique. L'école étant un lieu privilégié pour atteindre l'ensemble des jeunes, une étude d'évaluation s'est intéressée aux programmes scolaires de prévention primaire du sida mis en place par les cantons. Selon l'évaluation, la matière concernant la prévention est bonne, mais incomplète; les éléments de saturation n'apparaissent pas. Au contraire, 37 % des élèves disent ne pas avoir assez parlé à l'école. Et ce, notamment dans les cantons où on en a le plus parlé.

Du rapport de synthèse de 1993-1995 (1996) il émane que chez les adolescents les " discussions avec les parents sur le thème de la sexualité sont significativement plus fréquentes chez les filles (68 %) que chez les garçons (50 %) " (p. 33).

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Le rapport de synthèse de l'évaluation de 1996-1998 (1999) souligne le fait que l'éducation sexuelle à l'école " ne parvient pas à couvrir l'ensemble du problème, particulièrement en Suisse alémanique " (p. 51). Cela ne semble pas, néanmoins, engendrer d'importantes inégalités dans le comportement préventif.

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Les études spécifiques qui ont caractérisé les différentes évaluations ne permettent pas de faire une analyse diachronique homogène et complète. En revanche, elles permettent de relever plusieurs éléments importants. Nous ne les citerons pas tous ici, ne pouvant établir s'ils ont subi des modifications au fil des années. Des processus de multiplication des messages sur le sida et de prévention par les pairs existent, de manière informelle, dans presque tous les groupes. Ce qui atteste que le sida fait l'objet de discussion, au quotidien. D'une manière générale, un processus de modification semble avoir eu lieu dans la demande d'informations sur le sida venant de la population : d'une part la demande d'informations générales (satisfaite) est passée à une demande plus spécifique et plus concrète, d'autre part, l'évolution vers une demande de conseils ou de soutien. En ce qui concerne les adolescents, ils sont très demandeurs d'informations et d'écoute personnelle au sujet du sida et de sa prévention, ils expriment quelque inquiétude quant à l'avenir (notamment en ce qui concerne l'adoption du préservatif et sa gestion), d'où l'importance de la qualité des informations (notamment celles véhiculées par les leaders informels). Toujours chez les adolescents, les discussions avec les parents en matière de sexualité sont plus fréquentes chez les filles que chez les garçons. En général, une part importante de parents discutent du sida avec leurs enfants et donnent des conseils en matière de protection (même à caractère technique). En outre, dans toutes les classes d'âges, la prévention du sida semble faire l'objet de discussion au sein des nouveaux couples. Enfin, l'éducation sexuelle à l'école (comprenant aussi la prévention primaire) ne couvre la totalité du problème, notamment en Suisse alémanique. Aucun élément de saturation n'émane de la part des élèves, au contraire.

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

Bibliographie de l'analyse secondaire (en ordre chronologique)

- Hausser D., Lehmann Ph., Gutzwiller F., Burnand B., Rickenbach M. Evaluation de l'impact de la brochure tousménages d'information sur le SIDA distribuée par l'OFSP. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1986 (Cah Rech Doc IUMSP, no 7).
- Hausser D., Lehmann Ph., Dubois-Arber F., Gutzwiller F. Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. (Rapport de synthèse) Décembre 1987. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1988 (Cah Rech Doc IUMSP, no 23).
- Dubois-Arber F., Lehmann Ph., Hausser D., Gutzwiller F. Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. (Deuxième rapport de synthèse) Décembre 1988. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1989 (Cah Rech Doc IUMSP, no 39).
- Hausser D., Zimmermann E., Dubois-Arber F., Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Troisième rapport de synthèse, 1989-1990. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991 (Cah Rech Doc IUMSP, no 52).
- Villaret. M. et G. Domenighetti. Connaissances, opinions et préoccupations de la population suisse et tessinoise vis-à-vis de l'épidémie de sida. Bellinzona: DOS; 1990a.
- Villaret. M. et G. Domenighetti. Connaissances, avis et préoccupations vis-à-vis de l'épidémie de sida: analyse selon les régions linguistiques. Bellinzona: DOS, 1990b.
- Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agustoni G., Gruet F., Paccaud. F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Quatrième rapport de synthèse 1991-1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993 (Cah Rech Doc, no 82).
- Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Moreau-Gruet F, Haour-Knipe M., Spencer B, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du

Anhang 4: Analyse secondaire des évaluations des campagnes de prévention Stop-Sida

sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Cinquième rapport de synthèse 1993-1995. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, no 120).

Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M., Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F. Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique: sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999.

RAGGENBASS PARTNER, Marketing & Kommunikationsforschung. , Bericht zur Evaluation der 1999er STOP-AIDS-Kampagne. Ausgearbeitet für Bundesamt für Gesundheit. Wädenswil, 2000.

Anhang 5: Interviewleitfaden

Die fünf Leitfragen der Befragung von Einzelpersonen in der Übersicht:

1. Welche Empfindungen und Bilder löst Aids in der Bevölkerung aus?
2. Wie gross ist der Anteil in der Bevölkerung, der sich vor Aids konsequent schützt?
3. Welchen Stellenwert haben Massnahmen gegen Aids in der Bevölkerung?
4. Welchen Eindruck hinterlassen Massnahmen gegen Aids in der Bevölkerung?
5. Welche Präsenz hat das Thema Aids in der Bevölkerung?

Erste Leitfrage

Welche Empfindungen und Bilder löst Aids in der Bevölkerung aus?

1.1. Was beschäftigt Sie am meisten im Hinblick auf Aids?

1.2. Welche Kernthemen des Lebens werden mit Aids angesprochen? Nennen Sie drei Schlüsselthemen und erläutern Sie diese:

A., B., C.

1.3. Welchen Nimbus hat Sexualität für Sie?

1.4. Welchen Einfluss übt Aids auf diesen Nimbus aus?

1.5. Was haben Beziehungen mit Aids zu tun? Nennen Sie drei Aspekte und erläutern Sie diese:

Erster Aspekt, zweiter Aspekt, dritter Aspekt:

1.6. Was haben Liebe und Gefühlswelt mit Aids zu tun?

1.7. Welche Zusammenhänge sehen Sie zwischen der Integrität einer Person und Aids? Nennen Sie deren zwei:

Erster Zusammenhang, zweiter Zusammenhang:

1.8. Welche Schlüsselwerte rund um die Krankheit Aids werden in der Öffentlichkeit thematisiert? Nennen Sie zwei Schlüsselwerte:

Anhang 5: Interviewleitfaden

Erster Schlüsselwert, zweiter Schlüsselwert:

1.9. Welche Empfindungen und Bilder lösen bei Ihnen Aidskranke aus?

Zweite Leitfrage

Wie gross ist der Anteil in der Bevölkerung, der sich vor Aids konsequent schützt?

2.1. Wie hoch schätzen Sie den Anteil in der Bevölkerung, der sich vor Aids konsequent schützt?

bis 15 %	bis 30 %	bis 50 %	bis 75 %	bis 100 %
----------	----------	----------	----------	-----------

Begründen Sie Ihre Einschätzung:

2.2. Welche Bagatellisierungen im Zusammenhang mit sexuellem Verhalten und Aids sehen Sie? Nennen Sie deren zwei:

A., B.

2.3. Was heisst Solidarität in punkto Geschlechtsverkehr und Aids?

2.4. Wissen Sie, wer sich aus Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis konsequent vor Aids schützt?

2.5. Wissen Sie, wer von Ihren Freunden und Bekannten einen Aids-Test gemacht hat?

2.6. Kennen Sie HIV-positive Menschen persönlich? Welche Empfindungen und Bilder hinterlassen diese bei Ihnen?

2.7. Die HIV-Neuinfektionen steigen wieder an. Welche Gründe vermuten Sie? Nennen Sie drei Begründungen:

Erste Begründung, zweite Begründung, dritte Begründung.

2.8. Welches Image hat das Kondom heute?

Dritte Leitfrage

Welchen Stellenwert haben Massnahmen gegen Aids in der Bevölkerung?

3.1. Wie schätzen Sie die Effektivität von Gesundheitskampagnen generell ein?

Anhang 5: Interviewleitfaden

+++	0	---
-----	---	-----

Erläutern Sie bitte Ihre Einschätzung:

3.2. Was denken Sie, dass die Mehrheit der Bevölkerung über Aids weiss? Nennen Sie der Reihe nach fünf Stichworte:

1., 2., 3., 4., 5.

3.3. Welche Macht übt Aids auf den Menschen aus? Nennen Sie drei Beobachtungen:

Erste Beobachtung, zweite Beobachtung, dritte Beobachtung.

3.4. Welche Wertigkeit hat Aids in der Bevölkerung in Bezug auf Sexualität?

3.5. Was unternimmt der Bund speziell, um Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit dem Thema Aids zu erreichen?

3.6. Welche Mechanismen der individuellen Verdrängung der Aidsgefahr sehen Sie? Nennen Sie zwei:

A., B.

3.7. Welche Mechanismen der Ausblendung der Aidsgefahr in der Öffentlichkeit sehen Sie? Nennen Sie zwei:

A., B.

3.8. Welche Assoziationen löst bei Ihnen das Kondom im Stop-Aids-Zeichen der Kampagnen aus?

3.9. Was denken Sie, was dieses Zeichen bzw. das Kondom bei Männern und was bei Frauen auslöst?

Bei Frauen, bei Männern.

3.10. Über welche Medien und Informationskanäle sowie über welche Sozialorganisationen bzw. Institutionen wurden Sie zum Thema Aids informiert? Nennen Sie die für Sie fünf wichtigsten Informationsquellen:

Erste Informationsquelle, zweite Informationsquelle, dritte Informationsquelle, vierte Informationsquelle, fünfte Informationsquelle.

3.11. Welche Informationskanäle sind Ihrer Meinung nach am wichtigsten in punkto Aids-Prävention?

Anhang 5: Interviewleitfaden

3.12. Was verbinden Sie mit der Benutzung des Kondoms? Nennen Sie drei Stichworte:

Erstes Stichwort, zweites Stichwort, drittes Stichwort.

3.13. Welche Bedeutung hat der Aidstest heute aus Ihrer Sicht?

3.14. Welche Veränderungen haben Ihrer Meinung nach die verbesserten Arzneimittel zur Therapie von Aids in der Bevölkerung ausgelöst?

Vierte Leitfrage

Welchen Eindruck hinterlassen Massnahmen gegen Aids in der Bevölkerung?

4.1. Wie schätzen Sie die Güte der Aids-Präventionskampagnen ein (1 für befriedigend/gut, 2 für durchschnittlich, 3 für unbedeutend) und welche Stichworte zur Entwicklung geben Sie?

In den 80-er-Jahren:

1	2	3
---	---	---

Begründung:

In den 90-er-Jahren:

1	2	3
---	---	---

Begründung:

Heute:

1	2	3
---	---	---

Begründung:

4.2. Ist das Stop-Aids-Zeichen noch aktuell?

Ja, weil:, nein, weil:

4.3. Welche Gegenreaktionen gegen Aids-Kampagnen haben Sie wahrgenommen? Zum Beispiel:

4.4. Welche positiven und negativen Aspekte nehmen Sie wahr hinsichtlich der Rolle des Staates bei der Bevölkerungsinformation zu Aids? Nennen Sie zwei Aspekte:

Erster Aspekt zur Rolle des Staates, zweiter Aspekt zur Rolle des Staates:

Anhang 5: Interviewleitfaden

4.5. Welche spezielle Rolle bei Aids nimmt die Aids-Hilfe Schweiz ein?

4.6. Konnte Ihrer Meinung nach Aids in den letzten 15 Jahren durch die Aids-Präventionskampagnen enttabuisiert werden?

A. Ja, folgende zwei Gründe sprechen dafür:

B. Nein, folgende zwei Gründe sprechen dagegen:

4.7. Welchen Einfluss haben folgende Institutionen hinsichtlich Aids? Nennen Sie nur den wichtigsten Faktor pro Institution:

1. Politik, 2. Gesundheits- und Sozialwesen, 3. Kultur, 4. Kirche, 5. Wirtschaft.

4.8. Welche Grenzen sehen Sie bei der staatlichen Intervention in punkto Aids? Nennen Sie zwei Eindrücke:

Erster Eindruck, zweiter Eindruck.

4.9. Wie wurden Ihrer Meinung nach Fragen der Beziehungsqualität in den letzten Jahren durch Aids-Präventionskampagnen thematisiert?

genügend	weder/noch	zu wenig
----------	------------	----------

Begründung:

4.10. Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit Menschen ihr sexuelles Verhalten ändern? Nennen Sie zwei Motivationsfaktoren:

Erster Motivationsfaktor, zweiter Motivationsfaktor.

4.11. Welche Sprache sprechen junge Menschen im Zusammenhang mit Aids? Nennen Sie zwei Ihnen auffallende Beobachtungen jeglicher Art:

Erste Beobachtung, zweite Beobachtung.

4.12. Welche Massnahmen antizipieren Sie für die Zukunft im Hinblick auf Aids-Kampagnen?

4.13. Was meinen Sie, wie die Aids-Kampagnen erneuert werden könnten?

Fünfte Leitfrage

Welche Präsenz hat das Thema Aids in der Bevölkerung?

Anhang 5: Interviewleitfaden

5.1. Welche gesellschaftlichen Tendenzen, Entwicklungen und Einstellungen gegenüber Aids sehen Sie bezogen auf die letzten 20 Jahre?

A. In der Bevölkerung?, B. In der öffentlichen Meinung?, C. In den Zielgruppen der Kampagnen?

5.2. Welche Konsequenzen zieht die Tendenz der Individualisierung bezüglich Aids nach sich?

5.3. Welchen Stellenwert haben Vereinsamung, Vereinzelung und Isolierung in Bezug auf Aids?

5.4. Inwiefern sehen Sie bei Aids ein Defizit in punkto Solidarität?

5.5. Welche Konsequenzen in punkto Aids sehen Sie im Zusammenhang mit der Erotisierung der Gesellschaft?

5.6. Sprechen Sie mit anderen Menschen über Aids?

Nein; wenn ja, mit wem?

5.7. Was müsste getan werden, um das Aids-Thema neu aufzugreifen?
