



HAL
open science

Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida.

Marcel Calvez

► **To cite this version:**

Marcel Calvez. Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida.. Critique de la santé publique. Une approche anthropologique, Balland, 2001, Voix et regards. halshs-00006255

HAL Id: halshs-00006255

<https://shs.hal.science/halshs-00006255v1>

Submitted on 27 Nov 2005

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LE RISQUE COMME RESSOURCE CULTURELLE DANS LA PREVENTION DU SIDA

Marcel Calvez

(Publié dans : Dozon J.-P., Fassin D. eds., 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, p. 127-144)

La formation des conduites de protection à l'égard du sida illustre une situation dans laquelle des comportements qui devraient s'imposer au nom d'une évidente rationalité de la santé publique, se heurtent aux cadres de l'expérience sociale et culturelle des individus auxquels les activités de prévention primaire s'adressent. L'adaptation au risque et la transformation des conduites se caractérisent par des tensions et des conflits entre les modes de vie auxquels les individus tiennent, et ceux que les actions de prévention envisagent de les voir adopter. Il n'y a pas de rationalité désincarnée de la santé publique, mais des normes de conduites souhaitables que les actions de prévention cherchent à imposer par le truchement de la catégorie du risque.

Les recherches qui se sont intéressées aux dynamiques culturelles d'adaptation aux risques du sida ont essentiellement visé à rendre compte des processus d'interprétation des connaissances, des biais culturels de perception des risques ou de l'intégration connaissances dans les logiques préventives¹. Elles sont parties de la définition institutionnelle et technique des risques, issue du savoir médical et épidémiologique, pour examiner leur inscription dans l'expérience sociale et culturelle des destinataires de la prévention. Elles se sont en revanche peu préoccupées des principes culturels que les politiques de prévention et de gestion des risques mobilisent dans les recommandations de conduites et de relations aux autres. Le faible intérêt porté à cette dimension limite l'analyse des dynamiques en oeuvre dans les activités de prévention puisque les modèles culturels dans lesquels ces conduites ont une signification ne sont pas pris en compte.

L'objet de ce texte porte sur les modèles culturels qui sous-tendent les politiques d'information et de communication développées dans une perspective de prévention primaire. Ces politiques tracent un cadre de

¹ Marcel Calvez, Geneviève Paicheler, Yves Souteyrand (coordonné par), *Connaissances, représentations, comportements. Sciences sociales et prévention du sida*, Paris, ANRS, Collection sciences sociales et sida, 1994.

référence dans lequel les destinataires de la prévention sont appelés à intégrer l'existence de risques à leur environnement, et à développer des conduites de protection. Elles s'expriment dans des recommandations relatives au dépistage ou à l'usage des préservatifs qui peuvent, en première lecture, être regardées comme des réponses pratiques à des problèmes de contrôle de la transmission du virus. Toutefois, en édictant des comportements acceptables de prévention, ces recommandations engagent également des conceptions d'une collectivité apte à se prémunir du sida et de sa diffusion, et des principes relatifs au type de relations nécessaires pour atteindre cet objectif. Il en est ainsi des comportements souhaitables, comme l'information des partenaires à propos d'une séropositivité, c'est-à-dire un dévoilement plus ou moins explicite du statut sérologique dans les interactions, ou l'usage de préservatifs lors de relations sexuelles avec un partenaire au statut sérologique inconnu, c'est à dire une conduite de défiance dans une situation d'incertitude. Les responsabilités différentes assignées aux individus en fonction de leur statut sérologique engagent des configurations de relations sociales et des principes de conduites que l'on peut regarder comme l'expression des modèles culturels de référence dans la prévention. Conjointement aux adaptations aux risques, ce sont ces modèles qu'il convient d'objectiver pour pouvoir analyser les tensions liées à la formation des conduites de prévention.

Les recommandations en matière de relations sont justifiées par l'existence de risques de transmission du virus du sida. L'argument avancé ici est que cette notion de risque est une ressource culturelle qui occupe une place centrale dans la réorganisation des relations sociales engagée par la prévention du sida. S'appuyant sur un vocabulaire neutre rapporté à des probabilités, elle établit un pont entre des faits connus relatifs au sida et à sa diffusion et la construction d'une collectivité apte à se prémunir contre les dangers que cette infection recèle. Les désaccords et les débats sur les attributions sociales du risque sont intéressants à examiner, non seulement dans ce qu'ils disent du risque, mais surtout dans les conceptions d'aires sociales préservées du sida qu'ils véhiculent de façon implicite. Associer les risques du sida au multipartenariat sexuel, c'est du même coup associer l'absence de risques au monopartenariat sexuel. Le jugement social peut alors conduire à promouvoir le monopartenariat en modèle de référence pour la protection, en isolant toutes les situations réputées à risque. C'est dans des raisonnements de ce type que se forme l'idée d'une collectivité préservée du sida comme modèle culturel de référence. Dans l'opinion commune, ces associations semblent aller de soi, sans doute parce que le monopartenariat constitue le modèle culturel de référence des relations hétérosexuelles. Il suffit cependant de les appliquer à la gestion des risques chez les homosexuels, pour qui la référence au monopartenariat n'est pas dominante, pour percevoir immédiatement qu'elles engagent des attentes de

conduites qui sont l'objet de débats et de controverses². Ainsi, les attributions du risque engagent des distinctions entre des situations exposées et des situations protégées qui servent de soubassement aux représentations d'une collectivité protégée.

La mise en oeuvre des politiques de prévention du sida peut alors être regardée comme un procès de stratification qui hiérarchise les positions sociales en fonction du risque et conjointement comme un procès d'incorporation sociale par la recherche d'une transformation des aires sociales de protection en une communauté apte à se protéger du sida. La caractéristique essentielle de ce procès est qu'il repose sur une individualisation de la gestion des risques. Dans la logique de la prévention, l'individu doit pouvoir évaluer par lui-même les risques auxquels il est exposé et adapter ses conduites dans l'objectif de se protéger, mais aussi de protéger les autres s'il est infecté. Alors que la transmission du sida pose tout d'abord une question d'organisation des interactions sociales, la réalisation de la prévention est ainsi placée dans le champ de la responsabilité individuelle d'un sujet informé et éclairé. Ceci vient amplement justifier la prévention comme activité d'éducation des individus.

Le risque comme ressource culturelle

En santé publique, la notion de risque est rapportée au savoir épidémiologique dont elle constitue un concept central. En la restreignant à cette acception, on a toutefois une vision tronquée de sa place transversale dans les actions de prévention. Le risque renvoie non seulement à une connaissance d'une pathologie, de sa transmission et de son évolution. Il est aussi une catégorie centrale dans la gestion des problèmes publics ; on le retrouve ainsi dans des domaines aussi divers que la conduite automobile, l'alimentation humaine, la pollution de l'environnement, les conditions de

² En partant de l'observation statistique selon laquelle les conduites à risque sont significativement associées à un nombre élevé de partenaires, les recommandations en matière de prévention ont été l'objet de controverses entre un objectif de réduction du nombre de partenaires et un objectif de promotion de conduites protégées quel que soit le nombre de partenaires. On peut voir que les deux objectifs engagent des conceptions différentes des relations souhaitables dans des milieux homosexuels confrontés au sida et que leur mise en oeuvre a des effets de structuration sociale différents de ces milieux. Sur ces débats, voir Rommel Mendes-Leite, *Le multipartenariat sexuel et la gestion des risques de transmission du sida*, *Quel corps*, n° 47-48, *Imaginaires sexuels*, 1995, et Philippe Adam, Marie-Ange Schiltz, *Relapse et cantonnement aux marges de la « communauté » : deux idées reçues à l'épreuve de l'enquête presse gaie*, in Marcel Calvez, Marie-Ange Schiltz, Yves Souteyrand (coordonné par), *Les homosexuels face au sida. Rationalité et gestion des risques*, Paris, ANRS, Collection sciences sociales et sida, 1996

travail ou les comportements sexuels. Dans le contexte culturel contemporain, il permet également d'exprimer des perceptions d'incertitudes ou de dangers réels ou diffus, lorsque la confiance dans les institutions sociales est ébranlée ou lorsque des conduites sont blâmables en raison de leurs conséquences possibles. Ce caractère transversal de la notion de risque permet la circulation entre des énoncés produits dans des univers sociaux différents et participe à l'homogénéisation culturelle des représentations de l'incertitude et du danger qui se forment dans des champs différents d'une société donnée. En ce sens, dans le domaine de la santé publique, comme sans aucun doute dans d'autres domaines, il est préférable de considérer le risque tout d'abord une catégorie de gestion publique des questions de santé. Il est perméable aux jugements sociaux et culturels auxquels elle donne une légitimité issue de la pratique scientifique et médicale par le biais de l'épidémiologie. Il participe à la formation des réponses à des incertitudes et des dangers par les classements et les identifications qu'il opère. Dès lors, même en le situant dans une acception strictement épidémiologique, il ne peut être isolée du débat social et culturel qui caractérise les représentations des incertitudes et les réponses qui leur sont apportées.

Les usages du risque dans le champ du sida permettent d'en illustrer le statut transversal. Dans son acception épidémiologique, le risque désigne la probabilité de survenue de l'événement de santé que constitue la contamination par le VIH. Comme toute probabilité et, de façon générale, toute notion statistique, le risque n'a de sens qu'appliqué à une population et non à un individu. En revanche, la notion de *facteur de risque* se rapporte à l'individu et désigne une caractéristique génétique, un comportement individuel ou un style de vie qui est associé à la survenue de l'événement de santé³. En glissant du registre des attributs susceptibles d'expliquer un événement de santé au registre de l'identité sociale, les caractéristiques comportementales ou de style de vie se transforment aisément en des notions de *conduites à risque* et de *groupe à risque*. En passant du champ de la connaissance épidémiologique à celui de l'intervention de santé publique, le risque devient ainsi un marqueur social.

Dans les représentations culturelles, le risque désigne un danger éventuel auquel des individus sont exposés. Ainsi, dans une acception qui s'est d'emblée imposée, il permet de représenter les incertitudes et les menaces du sida. Comparé aux représentations de la maladie comme un fléau ou un châtiment de Dieu, il véhicule une représentation du mal dans laquelle les causes et les conséquences de la maladie sont moins incertaines. De proche en proche, il devient un attribut d'individus qui, par leur conduite ou leur identité, sont en proximité avec le sida. En reliant l'existence de la menace

³ Rachid Salmi, La notion de risque en santé publique, in Anne Tursz, Yves Souteyrand, Rachid Salmi, *Adolescence et risque*, Paris, Syros, 1993.

que constitue le sida à des groupes particuliers ou à des conduites spécifiques, il peut servir à soutenir la collectivité contre certaines conduites ou certains groupes tout comme il peut servir à prévenir les individus d'engager des actes menaçant la continuité de leur communauté d'appartenance. Comme le souligne Mary Douglas, le risque engage une catégorisation sociale qui moralise le danger en le reliant à la constitution d'une communauté⁴.

Dans les politiques de prévention du sida, la catégorie du risque prend appui sur la connaissance relative au VIH, à sa transmission et à sa diffusion pour désigner des objectifs en matière de prévention. Elle inscrit la connaissance épidémiologique dans un cadre de référence qui intègre des contraintes institutionnelles et des préférences pour un type de communauté contrôlant les menaces et les incertitudes que représente la diffusion du VIH. Alors qu'il existe un large consensus sur l'état des connaissances relatives au sida et à sa diffusion, il y a des désaccords sur le type de communauté qu'il est souhaitable de construire et sur le type de segmentation sociale qu'elle implique. L'attribution des risques devient ainsi un enjeu social majeur car elle trace les cadres sociaux dans lesquels les réponses au sida peuvent prendre forme.

Attribuer le risque à des groupes, c'est rendre possible l'affirmation d'une communauté de destin ou de condition entre des individus qui trouvent dans cette désignation matière à constituer une réalité collective, que ce soit dans le partage d'une exposition aux risques ou dans l'absence d'exposition. C'est aussi favoriser l'émergence de procédures d'accusation sociale qui prennent appui sur l'association de groupes particuliers au danger épidémique pour construire une adversité et marquer des différences radicales. Attribuer le risque à des comportements, c'est en revanche diluer d'éventuelles réalités identitaires en voie de constitution dans une nébuleuse des conduites individuelles. C'est aussi favoriser des procédures d'accusation sociale reposant sur l'étiquetage d'individus déviants. Dans les discussions et les débats sur la prévention, le risque devient ainsi un argument que les acteurs mobilisent en fonction de leurs représentations d'une communauté protégée et du type de conduites, d'individus ou de groupes qui peuvent en être le soubassement. L'enjeu porte sur les frontières entre l'attribution sociale du risque et la définition de ces aires sociales protégées de l'infection.

⁴ Mary Douglas, Risk as a forensic resource, *Daedalus*, 1990, 119, 4. La notion de communauté est utilisée dans son acception large d'un bien commun ou collectif, bien plus large que l'identification française de la communauté à la forme particulière d'organisation sociale collective que représente la *Gemeinschaft* en opposition à la *Gesellschaft* ou société des individus, pour reprendre la dichotomie classique de Tönnies. Dans ce texte, lorsqu'elle est employée, la notion de communauté renvoie à cette acception large.

Les attributions de risques comme procédures d'accusation sociale

Si la définition du risque trouve une formulation dans le domaine de l'épidémiologie, la mise en oeuvre des politiques de prévention la situe dans le domaine des relations sociales et des représentations culturelles. Le risque n'y désigne pas des probabilités d'occurrence de la contamination par le VIH à l'échelle d'une population, mais des conduites susceptibles d'entraîner sa diffusion. Les représentations du risque s'alimentent conjointement à la connaissance épidémiologique et à un jugement social sur les menaces qu'encourt l'ensemble social. Ce jugement engage une procédure d'accusation sociale qui conduit à désigner des acteurs ou des conduites susceptibles de mettre en danger la communauté.

Les études réalisées en Bretagne depuis 1988 sur les représentations du sida permettent d'illustrer ces logiques d'accusation sociale⁵. Les premières études ont lieu alors que les actions de prévention étaient peu développées. Menées auprès de personnels médicaux, éducatifs et sociaux et sur des populations déjà connues, parce qu'elles avaient fait l'objet d'études antérieures sur d'autres thèmes, ces enquêtes font apparaître massivement l'idée que le sida vient d'ailleurs et que l'enracinement local assure une protection contre ses dangers. Les enquêtes ultérieures sur la perception des risques, menées en 1991 alors qu'une politique nationale de prévention est mise en oeuvre, confirment la place centrale qu'occupe cette représentation d'une communauté territoriale protégée. Les risques du sida sont définis à l'aune d'une communauté morale qui trouve dans un ancrage territorial plus imaginé que réel, un modèle de référence pour tenir les incertitudes et les menaces du sida à distance.

Les différentes enquêtes mettent en évidence deux principes qui s'entrecroisent pour attribuer le risque. D'une part, il est un attribut des migrants alors que les personnes enracinées dans le territoire local sont réputées exemptes de la confrontation au danger. Ce principe est congruent avec l'idée que le sida vient d'ailleurs. D'autre part, il est associé à des transgressions sociales ou sexuelles ; mais ces transgressions sont elles-mêmes associées à un départ de la communauté puisque, comme de bien entendu, la communauté de référence est indemne de ces transgressions.

⁵ En particulier *Composer avec un danger. Approche des réponses sociales à l'infection au VIH et au sida*, Rennes, Publications de l'IRTS de Bretagne, 1989 ; *Les représentations des risques du sida et l'expérience sociale*, in Marcel Calvez, Geneviève Paicheler, Yves Souteyrand (coordonné par), 1994, op.cit. ; *La rationalité des conduites de prévention et l'expérience sociale*, in Marcel Calvez, Marie-Ange Schiltz, Yves Souteyrand (coordonné par), 1996, op.cit.. Voir aussi Mary Douglas, Marcel Calvez, *The self as risk taker : a cultural theory of contagion in relation to Aids*, *The Sociological Review*, 38,3, 1990.

C'est ainsi que, selon le jugement local, les VRP, les marins de pêche, de commerce ou d'Etat sont potentiellement exposés au risque parce qu'ils se trouvent en dehors de la communauté. Mais ils sont effectivement exposés au risque dès lors qu'ils transgressent les principes de la fidélité conjugale. Quant aux transgresseurs identifiés comme tels, ce sont les toxicomanes, les homosexuels, les prostituées. Dans les lieux étudiés, l'homosexualité est considérée comme absente de la communauté d'appartenance, et rapportée à un univers urbain individualiste par opposition à la communauté locale, fût-elle d'ailleurs urbaine. Du point de vue local, l'association du risque et de l'homosexualité procède ainsi d'une combinaison entre une perte de territoire d'appartenance et une transgression sexuelle. L'association de la toxicomanie au risque de sida est globale et indépendante des pratiques d'injection. Elle prend appui sur l'existence de groupes de toxicomanes perçus comme des enclaves dissidentes. Elle permet de formuler d'une façon recevable des inquiétudes à l'égard de l'augmentation perçue de la consommation de substances psychotropes de divers ordres.

Ces attributions du risque esquissent en creux la représentation d'une communauté ancrée dans un territoire dans laquelle les bons comportements et la conformité sociale garantissent la protection contre les dangers extérieurs et, en l'occurrence, le sida. Cette communauté de référence se trouve cependant confrontée à des problèmes internes de discontinuité de statut qui définissent un troisième type d'attribution du risque. En effet, dans la conception statutaire des places qui la caractérise, il existe un état intermédiaire, entre les premières expériences sexuelles et la stabilisation dans un couple, qui échappe aux contrôles sociaux ordinaires. Moment nécessaire à la perpétuation du groupe social, il est dans le même temps, un moment de confrontation aux dangers. Les risques du sida, parmi d'autres risques de santé et de vie sociale, permettent d'exprimer le jugement social relatif à cette situation de seuil et les attentes d'une réglementation de cette transition générationnelle.

Les imputations du risque font apparaître une grande préoccupation pour la clarification et la consolidation d'une frontière entre une société locale qui sert de référence et son environnement, et le peu de sollicitude pour les personnes exposées ou contaminées qui se trouvent dans son entourage immédiat. Ces imputations concernent des individus qui se trouvent dans des situations d'interface susceptibles d'introduire le danger dans les réseaux sociaux ordinaires. Elles portent aussi sur des groupes qui représentent ou qui personnifient une menace locale. Ainsi, dans les enquêtes réalisées, les toxicomanes sont d'autant plus l'objet d'accusations sociales que leur existence permet de formuler une préoccupation relative à des déviances éventuelles chez des jeunes pour lesquels la société locale peine à apporter des réponses en matière d'intégration économique et

sociale⁶. La toxicomanie peut d'autant plus être présentée comme un danger qu'elle est associée au sida. Cela sert d'argument de dissuasion pour encourager la conformité sociale de certains membres dont les modalités de l'affiliation sociale locale sont fragilisées. En revanche, les homosexuels sont d'autant moins l'objet de préoccupation qu'ils sont perçus comme extérieurs à la communauté de référence et sans interférence avec elle. Cet a priori d'extranéité explique aussi le fort retentissement que revêt le dévoilement local de l'homosexualité dans la communauté (peur de contagion, rejet ou compassion pour les malades).

Ces études locales montrent à l'évidence que les imputations du risque ne peuvent pas être regardées de façon exclusive à partir des classements épidémiologiques. Ceux-ci parviennent au jugement social comme un lointain écho de la connaissance scientifique par la médiation de l'espace public et des discours de la prévention. Le raisonnement profane attribue en effet des risques à des types d'individus ou à des groupes selon les orientations de la critique sociale. Le problème essentiel est de savoir ce que valent ces attributions pour classer les individus qui sont effectivement rencontrés dans la vie de tous les jours et pour favoriser ou empêcher les contacts. En tout état de cause, ces attributions du risque surdéterminent un raisonnement probabiliste, si tant est qu'il serve d'opérateur dans le jugement et dans les rencontres. C'est ainsi la critique sociale à partir de laquelle les risques sont attribués qui doit être l'objet principal d'attention. Elle exprime les principes à partir desquels un groupe redéfinit ses frontières et ses critères d'affiliation dans un contexte d'incertitude et de danger.

Le risque dans les modèles culturels de la prévention

L'analyse menée à l'échelle d'une unité sociale réduite permet de construire un modèle d'explication à une échelle plus étendue dès lors que cette procédure engage des configurations sociales comparables. C'est à partir de ce principe méthodologique, qui considère l'étude locale comme un paradigme empirique⁷, que peut s'opérer le passage de l'observation de réponses locales au sida aux politiques publiques de prévention. Les

⁶ Une des études, réalisés à Douarnenez, port de pêche de 20 000 habitants, fait suite à des travaux que j'avais menés en 1986. La demande d'étude à laquelle j'avais répondu reposait sur les craintes des édiles et des travailleurs sociaux à propos de la possible entrée des jeunes dans la toxicomanie dans un contexte socio-économique largement défavorable et où l'alcoolisation juvénile faisait figure de conduite officiellement réprouvée mais tacitement admise.

⁷ Pour reprendre l'expression de Norbert Elias dans la préface de *Logiques de l'exclusion*, Paris, Fayard, 1998.

politiques de prévention ne se donnent cependant pas à lire de façon comparable au jugement social local. En effet, elles sont le produit d'arrangements et de choix ou de compromis entre des intérêts divergents dans un cadre institutionnel donné. Elles obéissent à des modalités d'élaboration et de formulation très différentes du jugement local qui, à de nombreux égards, s'exprime de façon plus directe. D'autre part, les recommandations publiques, tout en ayant une visée pratique, entretiennent un rapport distant et médiatisé aux cadres dans lesquels se forme l'expérience des acteurs. Toutefois, l'élaboration de ces politiques donne lieu à des débats qui concernent les principes fondateurs d'une communauté apte à se protéger de l'incertitude et de la menace que représente le sida. C'est par ce biais que l'on retrouve des configurations comparables à celles qui sont observables dans les études locales. Ainsi, ce qui retient l'attention dans les attributions successives du risque et dans les orientations de la prévention primaire, c'est la référence à une collectivité protégée dans un environnement de sida, et aux types de conduites et de solidarités nécessaires pour contrôler l'épidémie.

Deux types de réponses radicalement différentes peuvent être apportés à une menace comme le sida. Chacune repose sur un ensemble de principes relatifs aux relations que les individus entretiennent entre eux et se rapporte à un type stable d'organisation sociale. Une conception que l'on peut qualifier de *holiste* considère que le contrôle de l'épidémie passe par l'identification et la séparation des populations en fonction de leur exposition aux risques. La réussite du contrôle de l'infection dépend de la capacité des individus à s'identifier aux segments sociaux dans lesquels ils sont classés et à se conformer aux normes de conduite qui leur correspondent. Les actions de prévention ont ainsi un double objectif de diffuser cette carte sociale différenciée des risques et d'inculquer des normes propres à chacun des sous-ensembles ainsi définis. Une seconde conception, que l'on peut qualifier d'*individualiste*, considère que la gestion de l'épidémie passe par la responsabilisation de chaque individu, quelles que soient ses différentes affiliations. La capacité de contrôler l'épidémie passe l'intériorisation que chaque individu peut faire des risques et sa capacité à définir les situations d'éventuelle exposition. Les actions de prévention ont pour objectif de doter les individus de ressources leur permettant d'interpréter les situations de risques et d'apporter des réponses adéquates. Ces deux modèles de la prévention sont soutenus par des principes culturels qui concernent les relations que les individus peuvent entretenir entre eux. Loin de s'opposer, ces deux modèles peuvent se combiner en une conception holiste de l'organisation sociale et des modalités de gestion individuelle des risques dans chaque segment.

Dans les débats sur la prévention du sida, les notions de *groupe à risque* et de *comportement à risque* ont été largement utilisées pour orienter des

politiques de prévention. Leur usage a donné lieu à des débats parfois âpres qui se sont formulés autour des possibilités de stigmatisation sociale que la désignation de groupes particuliers et leur association à une menace de santé pouvaient entraîner. Ces débats ont fait valoir la nécessité de leur substituer des notions réputées neutres, comme le comportement à risque. Si l'on raisonne du point de vue d'une communauté protégée, ces notions ne s'excluent pas, mais elles renvoient à des façons complémentaires d'attribuer le risque. Dans une représentation holiste de cette communauté, le groupe à risque renvoie à une segmentation statutaire définie en fonction d'attributs collectifs ou identitaires alors que le comportement à risque se rapporte à des déviances individuelles. Si l'on se rapporte aux études précédemment mentionnées, la distinction entre les deux notions renvoie à ce qui, aux yeux de la communauté, sépare l'homosexuel du VRP. Alors que le risque est indissociable de la condition d'homosexuel, il dépend des conduites du VRP. Ces distinctions se retrouvent de façon différente dans la conception individualiste de la communauté de référence. La notion de comportement à risque est privilégiée pour qualifier les transgressions individuelles des règles permettant la protection de soi. La représentation en termes de groupe permet de désigner une condition partagée devant le risque.

Les notions de groupe à risque et de comportement à risque ne sont pas antithétiques, mais complémentaires pour qualifier les individus qui peuvent mettre en danger la communauté protégée qui sert de cadre de référence pour la prévention. Dès lors, l'attention portée à l'une ou l'autre des notions résulte du déplacement des logiques d'accusation sociale, bien plus que d'une transformation radicale des conceptions de la prévention. Ainsi, la remise en cause de la notion de groupe à risque a été un puissant argument dans le débat sur la prévention pour chercher à défaire les identifications publiques du sida et de l'homosexualité. Elle a pris appui sur un contexte dans lequel des demandes d'exclusion des sidéens étaient formulées dans l'espace public⁸. Elle a cherché à mettre en avant la notion de comportement à risque réputée moins discriminatoire et plus pertinente dans une perspective de prévention. Tout en reconnaissant les actions de prévention engagées dans la communauté homosexuelle, elle a déplacé l'attention vers des situations de transition biographique (les jeunes homosexuels) ou vers des catégories qui dans la dualité entre l'homosexualité et l'hétérosexualité deviennent interstitielles (comme les bisexuels). Ainsi, les principes de prévention n'ont pas été bouleversés par ces transformations dans les attributions sociales du risque. Le déplacement de l'attribution des risques, de l'homosexualité vers des situations particulières, a renforcé du même

⁸ Sur un bilan des réactions collectives au sida entre 1980 et 1996, voir Claudine Herzlich, Philippe Adam, Urgence sanitaire et liens sociaux : l'exceptionnalité du sida ? *Cahiers internationaux de sociologie*, vol CII, 1997.

coup l'idée d'une protection par l'affiliation communautaire chez les homosexuels.

La socialisation différentielle au risque

Le débat autour des attributions du risque a permis d'affirmer des principes de prévention basés sur un modèle libéral, par opposition à une gestion autoritaire de l'épidémie par le contrôle des individus (dépistage obligatoire, restrictions d'emploi, isolement des populations infectées)⁹. Ce modèle libéral emprunte la voie d'un changement de comportement individuel en développant des actions d'information et d'éducation, et des dispositifs de dépistage volontaire. Reposant sur le principe du consentement des individus, il fait appel à leurs capacités à se déterminer de façon rationnelle dans un contexte d'incertitudes dès lors qu'ils ont les ressources adéquates pour le faire. Il ne peut être effectif que si les acteurs ont intériorisé ces règles de conduites et les principes de responsabilité qui les sous-tendent. D'où l'importance que revêt la prévention primaire comme éducation à la santé et comme formation d'une éthique de la responsabilité individuelle. Pour être effective, cette socialisation au risque doit s'accompagner de la mise à disposition de moyens techniques de protection (préservatifs, lubrifiants, seringues stériles) et de dispositifs contre la discrimination à l'égard des personnes séropositives. Dans l'idéal, cela devrait conduire à la formation de l'équivalent d'un marché autorégulé sur lequel se rencontrent les offreurs et les demandeurs de prévention qui ont intériorisé les principes de rationalité du comportement individuel. Comme le marché de concurrence pure et parfaite, cet espace autorégulé est une fiction utile, apte à guider des politiques de prévention.

Dès que le sida a été pris en compte comme problème de santé publique, la mise en oeuvre de ce modèle s'est traduite par des actions d'information et d'éducation en direction du public ou de groupes particuliers, comme les homosexuels, les prostituées, les jeunes, ciblés en fonction d'une représentation globale des risques¹⁰. C'est dans ce contexte que la notion de groupe à risque a été remise en cause. Par ailleurs, un accès facilité à des

⁹ Michael Pollak, Organizing the fight against AIDS in Michael Pollak, with Geneviève Paicheler and Janine Pierret, *Aids. A problem for sociological research*, London, Sage, 1992 et Rolf Rosenbrock., Doris Schaeffer, Françoise Dubois-Arber, Martin Moers, Patrice Pinell, Michel Setbon, *The aids policy cycle in Western Europe. From exceptionalism to normalization*, Berlin, WZB, 1999.

¹⁰ Sur les actions publiques d'information et leurs évolutions, voir Geneviève Paicheler, *La communication publique sur le sida en France. Un bilan des stratégies et des actions 1987-1996*, Rapport de recherche pour l'ANRS, Paris, CERMES, 2000.

moyens techniques de protection a été mis en place. Il a été l'objet de controverses qui en ont retardé, voire limité, la mise à disposition. Cela a concerné de façon mineure la promotion du préservatif comme moyen de protection, puis l'installation de distributeurs de préservatifs dans les établissements scolaires, et de façon majeure la mise à disposition de seringues stériles pour les usagers de drogues par injection. Enfin, un cadre de référence éthique a été élaboré par le Conseil national du sida, essentiellement dans le domaine de la protection des droits des personnes séropositives¹¹.

Parmi ces trois composantes de la prévention, les actions d'information et d'éducation retiennent plus particulièrement l'attention. L'identification des difficultés d'accès à la communication désigne en effet des destinataires spécifiques des actions de prévention qui ne ressortissent pas à l'espace autorégulé dans lequel les individus sont considérés comme rationnels et responsables de leurs conduites. A titre d'exemple, la stratégie de communication sur le sida définie en 1996-1997 par l'Agence Australie, en concertation avec les organismes publics, souligne la nécessité de prendre en compte la spécificité culturelle des départements d'Outre-mer par " des messages de communication d'un style différent, adaptés aux perceptions culturelles, à la diversité des ethnies et par conséquent aux langues pratiquées (ex : ethnies Noir-marrons du Fleuve Maroni et milieu haïtien en Guyane) ". En métropole, les immigrants sont définis comme cible de la prévention de la façon suivante : " toute personne d'origine étrangère autre qu'européenne dont l'insertion socioculturelle en cours ne permet pas l'identification aux référents sociaux culturels occidentaux ". Le risque du sida est tout d'abord le risque d'ignorance lié à la spécificité culturelle et aux difficultés d'accès à la communication ordinaire. La culture est invoquée comme obstacle à la prévention et à l'exercice du comportement rationnel.

L'identification de publics spécifiques dessine en creux l'aire de pertinence des actions de communication. Elle est composée de personnes qui partagent les modèles socioculturels dominants et qui, par opposition aux migrants, ont une certaine stabilité dans le territoire. Dans cet ensemble, des groupes-cibles sont définis à partir de leurs désavantages respectifs à l'égard du comportement de prévention attendu. Ce sont, par exemple, les jeunes marginalisés dans les banlieues ou les personnes incarcérées qui, pour une raison ou une autre, n'ont pas accès aux ressources culturelles permettant l'adoption de conduites de prévention. Les risques qui sont définis dans ce cadre procèdent essentiellement de désavantages sociaux qui se traduisent par des difficultés d'accès aux ressources de la prévention. Ils

¹¹ Sur l'activité du Conseil dans ce domaine, voir en particulier : *Ethique, sida et société*. Rapport d'activité du Conseil national du sida. 1989-1994, Paris, La documentation française, 1996

entretiennent un rapport lointain avec les risques de transmission du VIH définis par l'épidémiologie même si, par ailleurs, ces deux attributions des risques peuvent se recouper¹². La définition des publics-cibles de la communication ne prend en compte les dimensions collectives des situations qu'au travers des désavantages caractérisant les individus. Elle est en consonance avec le modèle individuel de gestion des conduites de prévention.

Un modèle communautaire de prévention est privilégié pour les milieux homosexuels. Il prend appui sur la mobilisation sociale précoce des organisations homosexuelles¹³. Cette mobilisation s'est faite en l'absence de politiques publiques de prévention. Elle a pu mettre en place des modalités de prévention et de prise en charge de personnes malades adaptées au milieu dans lequel elles intervenaient, en s'appuyant sur le tissu associatif tout autant que le réseau commercial des lieux de rencontres¹⁴. Les risques du sida ont servi de facteur d'intégration d'une communauté homosexuelle par la production de normes de protection sexuelle. Cette conception d'une communauté protégée par une gestion adaptée des risques, a conduit, à mesure qu'elle s'affermissait, à associer dans les représentations le risque à des situations de marges, incertaines quant à l'affiliation communautaire. La critique sociale adressée par le truchement du risque aux jeunes homosexuels, aux bisexuels, aux homosexuels des classes populaires définit en creux l'ancrage social du modèle communautaire dans un milieu urbain de classes moyennes. Les programmes publics de prévention du sida qui se sont mis en place à partir de 1987, ont reconnu l'importance et l'efficacité de cette mobilisation communautaire et l'ont appuyée par des moyens affectés spécifiquement à l'Agence française de lutte contre le sida, puis à la Direction générale de la santé. Ils ne s'en sont cependant pas saisis comme modèle de référence pour promouvoir des actions communautaires de prévention vers d'autres publics, à l'exception partielle des actions en

¹² Les relations entre le sida, les inégalités sociales et les situations de précarité ont été très peu documentées, ce qui peut favoriser ce type d'assimilations rapides. Pour une synthèse des travaux réalisés en France sur ces questions, voir Marcel Calvez, Le sida, in Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang (sous la direction de), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, et Les risques du sida et la précarité sociale in Michel Joubert, Pierre Chauvin, Françoise Facy, Virginie Ringa (sous la direction de), *Précarisation, risques et santé*, Paris, Editions INSERM, 2001.

¹³ Michael Pollak, *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié, Paris, 1988 ; Pierre-Olivier de Busscher, Patrice Pinell, La création des associations de lutte contre le sida in Serge Hefez (sous la direction de), *Sida et vie psychique*, Paris, la Découverte, 1996 ; Philippe Adam, *Expérience intime et action collective. Le cas des associations de lutte contre le sida*. Thèse de sociologie soutenue à l'EHESS, Paris, 1997.

¹⁴ Pour un bilan des actions menées au début des années 1990, voir Agence française de lutte contre le sida, Hommes entre eux. Premières rencontres des acteurs de prévention, *Entre Gens* n° 2, 1993.

direction des personnes exerçant une activité de prostitution¹⁵

La formation d'une communauté protégée du risque

Pour répondre au sida, les politiques de prévention cherchent à mettre en oeuvre une configuration singulière de l'ensemble social définie à partir des attributions sociales du risque. Elle se caractérise par une segmentation entre une communauté de référence dans laquelle la conformité aux comportements requis garantit la protection, et des groupes périphériques pour lesquels des réponses spécifiques doivent pouvoir être apportées. Echappent à cette dualité les usagers de drogues par injection, difficilement classables dans la mesure où ils ne peuvent être considérés comme un groupe doté de sa propre cohésion à partir du moment où ils sont perçus comme des déviants menaçants et irresponsables. Cette absence de place établie éclaire les difficultés de formulation d'une approche et les ambiguïtés de réponses qui leur sont apportées.

Les groupes périphériques sont définis à partir de critères qui marquent une différence irréductible avec la communauté de référence: la déviance sexuelle et l'altérité culturelle. Les groupes définis à partir d'une déviance sexuelle sont appelés à élaborer leurs propres réponses adaptées à leur condition singulière. Une séparation nette est ainsi établie avec la communauté centrale puisque les réponses apportées demeurent singulières et ne sont donc pas transférables à d'autres contextes. Quant aux groupes définis à partir d'une altérité culturelle, les réponses apportées demeurent ambivalentes puisqu'en reconnaissant la spécificité culturelle de certaines populations, elles mettent en cause le modèle de l'intégration sociale par le creuset de la citoyenneté.

La communauté centrale est définie par défaut comme l'ensemble dans lequel l'hétérosexualité, le conformisme social et le partage des références culturelles dominantes protègent des incertitudes et des menaces du sida. Cette configuration sociale virtuelle est l'objet d'interprétations à l'aune des cadres culturels de référence des destinataires de la prévention. Ainsi la définition de l'affiliation sociale à partir d'un territoire permet l'ancrage culturel de l'idée d'une communauté protégée qui est véhiculée par les actions de prévention ; ailleurs cela pourra être une définition de l'affiliation à partir d'une homogénéité de recrutement social ou culturel. Cet ancrage dans un cadre de référence partagé fournit aux individus des principes et des modalités concrètes pour percevoir les incertitudes du sida et pour leur

¹⁵ Agence française de lutte contre le sida, La prévention de l'infection à VIH dans les milieux de la prostitution, *Entre Gens* n° 4, 1994.

apporter des réponses qui ont une signification culturelle pour eux.

Les actions de prévention empruntent la voie de l'information et de l'éducation. Elles partent du postulat que si les individus ne se conforment pas aux normes attendues de gestion des risques, définies comme l'essence du comportement rationnel, c'est qu'ils manquent de ressources pour le faire. Les actions en direction du " grand public " cherchent à modeler les représentations du sida cohérentes avec l'exercice d'une responsabilité individuelle. Elles sont guidées par deux objectifs : l'information sur la transmission du virus du sida et la promotion d'attitudes de solidarité à l'égard des personnes séropositives et des malades. Si elles sont soutenues par l'argument de l'information comme condition nécessaire à la formation de conduites de précaution et de solidarité avec les personnes séropositives, elles visent surtout à développer un type d'individu éclairé qui répond à une extériorité de menaces sans développer des tendances à la stigmatisation ou à l'exclusion.

Comme le souligne Gérard Fabre¹⁶, le discours préventif sur le sida s'est efforcé d'éviter la notion de contagion pour lui préférer celle d'infection, cherchant ainsi à contenir les effets sociaux d'une représentation d'un mal contagieux. Les croyances dans la contagion sont en effet réputées être porteuses d'attitudes d'intolérance et de rejet des personnes séropositives. Elles sont ainsi considérées comme un obstacle culturel à la réalisation du projet d'une communauté d'individus éclairés. Erigées en " fausses croyances ", elles deviennent un objet important d'attention publique, notable dans la conception et la mise en oeuvre d'instruments de mesure des attitudes et des opinions, comme essentiellement le KABP (Knowledge, attitudes, beliefs, practices) conçus dans le dessein, non seulement de rendre compte de l'état de l'opinion, mais aussi d'identifier les aires sociales qui posent problème dans la réalisation de cette communauté¹⁷. Cette approche des représentations du sida laisse de côté les contextes sociaux et les biais d'interprétations culturelles qui constituent autant de filtres par lesquels des perceptions deviennent des arguments dans la régulation des relations sociales. En luttant contre les perceptions d'un mal contagieux, les actions de prévention visent tout d'abord à un contrôle des affects et à l'intériorisation d'interdits relatifs aux perceptions culturelles des maladies. Cette intériorisation d'une représentation civilisée de la maladie concerne au premier chef les couches populaires et les milieux les moins éduqués, identifiés par les enquêtes KABP comme les groupes qui posent problème dans la réception des savoirs légitimes sur le sida et sa transmission. Les actions d'information et d'éducation cherchent à substituer à des

¹⁶ *Epidémies et contagion. L'imaginaire du mal en Occident*, PUF, Sociologie d'aujourd'hui, Paris, 1998

¹⁷ Au plan des actions locales de prévention, on peut aisément retrouver des protocoles qui ont une fonction comparable.

représentations, réputées archaïques, de la contagion du sida de nouvelles représentations formées à partir de la définition des risques. En se portant sur les perceptions et les croyances des sujets et non sur les arguments qu'ils utilisent dans leurs relations sociales, elles participent activement à une colonisation du monde vécu par laquelle une communauté protégée prend forme.

Conclusion

Le risque est une ressource culturelle centrale dans le procès de stratification et d'incorporation sociale engagé par les politiques de prévention du sida. Il occupe une place comparable à l'argument de la contagion dans d'autres contextes historiques de réponse au mal. Toutefois, alors que la notion de contagion participait activement à la collectivisation des questions posées par la maladie, le risque les individualise en les rapportant à des conditions individuelles d'existence et à des styles de vie¹⁸. Le contrôle de la maladie n'émerge pas alors comme une question d'interdépendance sociale, mais comme une question de responsabilité individuelle. Le projet culturel de la prévention dissout ainsi les composantes héritées de l'appartenance sociale, comme le statut social ou professionnel, pour leur substituer de nouvelles formes d'affiliation qui reposent sur l'individualisation des relations à la maladie. Les activités de prévention contournent ainsi la question sociale de la réglementation des conduites et du contrôle de la maladie, posée par le sida, pour mieux l'investir par le biais du sujet responsable qui évalue ses conduites à l'aune des risques qui lui sont indiqués.

La formation de réponses de prévention suppose l'existence d'institutions sociales qui permettent aux individus de rapporter les conduites de précaution qu'ils adoptent à des manières d'être et de faire qui les préservent des incertitudes et des dangers¹⁹. Or, l'individualisation des risques fragilise les institutions sociales par lesquelles les individus pensent et agissent, en remettant en cause les frontières et les classements qui définissent leurs univers de certitude. Là se situent des tensions qui caractérisent la formation des conduites de prévention. Pour être valides, les recommandations de la prévention ont alors besoin de s'ancrer dans des représentations d'une communauté protégée qui puisse servir de cadre de référence pour les

¹⁸ Sur une approche de la collectivisation des questions de santé, Abram de Swaan, *Sous l'aile protectrice de l'Etat*, Paris, PUF, Sociologies, 1995 (édition originale : 1988)

¹⁹ Voir l'analyse des institutions développée par Mary Douglas, *Comment pensent les institutions*, Paris, La Découverte/MAUSS, 1999 (édition originale : 1986)

destinataires de la prévention. C'est dans cet ancrage qu'une segmentation sociale prend forme entre les aires de la protection et les territoires de l'incertitude. Elle s'exprime dans les attributions sociales du risque qui tracent en creux une communauté de référence par laquelle les demandes formulées par les politiques de prévention, acquièrent une signification pour les sujets. L'articulation qui s'opère entre ces communautés de référence et le projet culturel de la prévention fait ainsi entrer le risque, en tant que catégorie de la santé publique, dans l'expérience sociale des sujets.