La prise en compte de l'insertion socio-relationnelle des individus dans quelques analyses récentes des représentations du Sida

Alexis Ferrand

▶ **To cite this version:**

Alexis Ferrand. La prise en compte de l'insertion socio-relationnelle des individus dans quelques analyses récentes des représentations du Sida. Journées d'étude du Réseau Thématique 26 de l'Association Française de Sociologie : "Analyse des réseaux sociaux, quoi de neuf ?", Mar 2010, Toulouse, France. halshs-00540609

HAL Id: halshs-00540609
https://shs.hal.science/halshs-00540609

Submitted on 28 Nov 2010

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.

Association Française de Sociologie. Réseau Thématique 26
Journées d'étude de Toulouse, Mars 2010
Analyse des réseaux sociaux, quoi de neuf ?

La prise en compte de l'insertion socio-relationnelle des individus dans quelques analyses récentes des représentations du Sida

Alexis Ferrand
Professeur émérite en sociologie
Membre du CNRS CLERSE, Université Lille 1
Alexis.ferrand @univ-lille1.fr

RESUME

L'interactionisme structural, supporté empiriquement par les méthodes d'analyse des réseaux de relations sociales, propose un paradigme pertinent pour décrire et expliquer certains processus cognitifs et normatifs qui font émerger des représentations partagées relatives à des objets et problèmes marqués par une grande incertitude. Les représentations du Sida entrent typiquement dans cette catégorie. Il y a quinze ans quelques recherches ont utilisé ce paradigme, très hétérodoxe relativement au « main stream » des études sur la sexualité et le sida. Sur la base d'un parcours de publications récentes nous examinons de quelles manières l'insertion socio-relationnelle des individus est aujourd'hui invoquée comme condition de production des représentations du Sida. Si quelques travaux mentionnent l'environnement relationnel des individus, force est de constater qu'on ne trouve ni analyse un peu systématique des réseaux, ni formalisation de processus interactifs de production des représentations.

Introduction

A la fin des années 1980 les pouvoirs publics cherchent d'une part à prévoir quelle ampleur pourrait avoir l'épidémie du Sida, d'autre part comment mener des campagnes de prévention les plus efficaces possibles. A travers l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS), ils lancent un appel aux laboratoires de sciences sociales et humaines qui vont répondre et engager des recherches qualitatives et quantitatives. Ces dernières se trouvent alors devant un double défi assez contradictoire : satisfaire les modélisateurs en trouvant des « déterminants » stables des comportements sexuels (pour la prévision), satisfaire les acteurs de la prévention

et les communicants en trouvant ce qui rend les comportements instables et en faciliterait au contraire le changement. Un autre défi, plus théorique, est apparu rapidement : quels paradigmes une grande enquête quantitative peut-elle mobiliser et quelles hypothèses peut-elle tester. Différents débats ont eu lieu parmi lesquels je ne retiens ici que celui qui concerne les représentations du Sida et des risques, et les normes relatives aux comportements sexuels.

Pour simplifier trois modèles d'inspiration sociologique[1] étaient proposées : a) un modèle (massivement dominant) définissait un acteur dont les représentations et les normes ont été corrélées avec certains attributs individuels, supposés indiquer des appartenances à des groupes sociaux ou à des statuts, et utilisés comme facteurs « explicatifs » ; b) un modèle qui postulait une communauté ou un milieu (gay, en l'occurrence) produisant ses propres normes et représentations que les individus adoptent plus ou moins totalement en fonction de leur insertion vs marginalité par rapport à ce milieu ; c) un modèle qui postulait une production ou une réinterprétation interactive de représentations et de normes au sein de réseaux relationnels spécifiques. Nous avons mis en œuvre ce modèle dans un module de la grande enquête sur les comportements sexuels réalisée en 1992 (ACSF « Analyse des Comportements Sexuels en France », Bajos et Alii., 1993, 1998[2]), et il a produit des résultats positifs (Ferrand, Mounier, 1993, 1998[3]). A la même époque, d'autres collègues, notamment en Belgique[4], aux Pays Bas, et surtout aux Etats Unis[5], se sont intéressés aux réseaux personnels des enquêtés à peu près dans le même esprit.

Mais un modèle qui conduit *à penser que les relations pensent* ne manque pas de heurter l'individualisme européen héritier du *cogito ergo sum*, fût-il, pour le sociologue, le simple réceptacle de la pensée collective souveraine. Le caractère fortement hétérodoxe de ce modèle invite à se demander quinze ans plus tard, quel a été son devenir : s'est-il effacé ou bien a-t-il connu des développements ? Pour réponde à cette question un parcours de publications « récentes », au minimum postérieures à 2000, a été réalisé et cette communication rend compte de quelques étapes marquantes de ce voyage (il ne s'agit ni d'une exploration exhaustive, ni d'une « évaluation » systématique).

Une incursion dans ce domaine de recherche pour tenter d'identifier l'importance que les chercheurs accordent aux interactions et aux contextes relationnels comme facteurs explicatifs des représentations et des normes relatives au Sida se justifie de nombreuses manières :
a) Pour le public la nature de l'infection par le VIH, les voies de transmissions, les possibilités de traitement, constituent des questions qui – malgré les campagnes d'information de masse – restent empruntes d'incertitudes. Or on sait que les interactions ont un effet d'autant plus important que l'objet est plus problématique ou incertain. Ce qui ouvre aussi la possibilité de

[1] D'autres disciplines apportaient par ailleurs leurs propres contributions.
[2] Bajos N. et le groupe ACSF,(1993), *Les comportements sexuels en France*, Paris, La Documentation Française
Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. (1998, Eds), *La sexualité aux temps du Sida* , Paris, PUF
[3] Ferrand A., Mounier L. Groupe ACSF,.(1993), Paroles sociales et influences normatives, in *Les comportements sexuels en France*, Spira A., Bajos N., (Eds.), Paris, La Documentation Française : 171-179.
Ferrand A., Mounier L.,(1998), L'influence des réseaux de confidence sur les relations sexuelles, in Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. (eds), *La sexualité aux temps du Sida* , Paris, PUF : p.255-304
[4] Hubert M. et Alii.,(1992), *Modes d'adaptation au risque du sida dans les relations hétérosexuelles*.Bruxelles, Centre d'Etudes Sociologiques, 1992
Marquet J., Huynen P., Ferrand A., (1997), " Modèles de sexualité conjugale. De l'influence normative du réseau social", *Population*, 6 : 1401-1438
[5] Laumann E.O. et alii., (1989), Monitoring the AIDS epidemic in the United States, A network approach. *Sciences*, N° 244
Laumann E.O., Gagnon J.H., Michael R.T., Michaels S., (1994), *The social organization of sexuality. Sexual practices in the United States*. Chicago, Chicago University Press, 1994.
Le module que nous avons proposé dans l'enquête Française est inspiré par des discussions que nous avions eues avec E.O.Laumann et des membres de son équipe en 1989.

tensions cognitives et la possibilité pour un acteur de faire preuve de *versatilité* au niveau de ses opinions et de ses jugements.
b) C'est un domaine qui mobilise deux univers représentationnels extrêmement puissants : d'un coté celui de la maladie, de la contagion, et du médical, d'un autre coté celui de la sexualité.
c) C'est un domaine qui a fait l'objet d'un investissement de recherche durable permettant d'envisager une évolution des paradigmes mis en œuvre.

L'échelon macro-social

Un premier type d'approche est situé à un échelon macro-social.

Ainsi, pour une analyse socio-historique des transformations des représentations du sida, M. Setbon (2000[6]) mobilise la théorie du risque pour mettre en évidence les ressorts du passage, à partir de 1996, à une *normalisation* du sida : « *Ce n'est pas le problème qui change sous l'effet des réponses, mais sa perception et son acceptabilité sociale qui se trouvent modifiées par les réponses exceptionnelles, par les progrès, aussi limités soient-ils, des thérapeutiques sur la maladie sida, et plus largement par la réduction de l'incertitude qui caractérisait la phase de mobilisation.* ». Les explications avancées mettent ainsi « en cause » aussi bien les réponses apportées par les politiques publiques, les progrès thérapeutiques, que la réduction des incertitudes scientifiques sur les transmissions progressivement intégrée dans les connaissances socialement admises. Mais ces processus ne sont pas unifiés et l'auteur introduit une distinction entre « *l'acceptabilité sociale d'un risque comme le sida [qui] traduit les perceptions de l'ensemble du public, objectivement peu ou pas exposé, [et] l'acceptabilité individuelle [qui] a des conséquences directes sur les comportements à risque des publics exposés. En même temps, leur interdépendance est réelle : plus l'acceptabilité sociale du risque est élevée, plus elle favorise l'acceptabilité individuelle, c'est-a-dire réduit la perception du risque et donc encourage des comportements risqués.* » Cette formulation articule deux oppositions, l'une entre acceptabilité sociale et acceptabilité individuelle du risque, l'autre entre public peu exposé et public exposé, et, ce faisant, elle pose deux questions : par quels processus les représentations des publics exposés au risque sont-elles « *interdépendantes* » des représentations des publics peu exposés, et par quels processus les représentations des individus sont-elles « *interdépendantes* » des représentations collectives ? Or les réponses et les arguments avancés dans le texte sont essentiellement de type cognitif : ce sont les *contenus* des actions publiques, les *contenus* des connaissances disponibles sur les transmissions et sur les succès thérapeutiques qui modifient les représentations. Mais le texte ne dit ni dans quel type d'instance ces connaissances existeraient (institutions, groupes, réseaux, individus ?), ni quels seraient les *processus de communication ou d'influence* entre ces instances qui expliqueraient qu'elles soient *interdépendantes*. Les communications et les interactions entre ces instances ne sont pas analysées en elles mêmes.

En situant leur approche également à un échelon macro-social, S.Dalgalarrondo et P.Urfalino (2000[7]) se sont intéressés aux fonctionnements internes des processus de communication de masse en étudiant la controverse apparue en France en février 1996 lorsque furent simultanément connues les promesses thérapeutiques des antiprotéases en tri-thérapie et la pénurie immédiate de ces molécules pour les patients français. La question est ici de comprendre « *l'interaction entre le travail des medias et l'action collective* » à travers les « *stratégies argumentatives* » des acteurs (les associations de malades, l'administration, etc)

[6] Setbon M., (2000), « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, Vol. 41, No. 1,

[7] Dalgalarrondo S., Urfalino P., (2000), « Choix tragique, controverse et décision publique: Le cas du tirage au sort des malades du sida », in *Revue française de sociologie*, Vol. 41, No. 1 : 119-157

et les manières dont les médias (principalement la télévision) redéfinissent, et souvent trahissent, ces argumentaires en prétendant les présenter.

On se situe essentiellement dans le jeu des acteurs gravitant autour des pouvoirs centraux, de sorte que les auteurs n'examinent pas jusqu'à quel point les média ont pu influencer la construction de l'opinion des individus (de la masse). Néanmoins ils opèrent à ce propos un renversement intéressant en suggérant que les messages des médias peuvent être en partie influencés par la masse dans la mesure où ils doivent utiliser des « lieux communs » : « *Un lieu commun est souvent défini comme une affirmation partagée que l'orateur doit utiliser pour se faire entendre. Cette notion de la rhétorique ne nous éloigne pas de ce que nous avons précédemment appelé la dimension interactive des phénomènes d'opinion. Car l'orateur n'adhère pas nécessairement au lieu commun qu'il utilise, mais c'est parce qu'il le pense partagé et accepté par son auditoire qu'il espère être entendu et convaincre. La force intrinsèque du lieu commun est d'apparaitre comme une évidence partagée, sans que l'on puisse distinguer si elle est partagée parce qu'évidente ou si elle est évidente parce que partagée. »* Nous voyons poindre ici l'idée d'une opinion publique qui ne serait pas purement dominée, mais dont les communicants devraient tenir un peu compte. Désigner cette attention aux lieux communs de la masse comme une « *interaction* » est acceptable si on considère qu'un acteur cherche à anticiper comment un autre peut comprendre son message, mais c'est un abus de langage si on considère la dissymétrie constitutive des communications de masse. De toutes manières ceci n'est qu'un point marginal de cette recherche dont la visée est la mise en évidence *de jeux d'acteurs* qui manipulent comme ressources des contenus de communication, en supposant que les effets de ces communications sur les représentations des auditoires sont acquis et non problématiques.[8]

L'échelon micro-social

Un autre type d'approche des représentations et des normes se situe à un échelon plus micro-social, et prend parfois en compte les contextes relationnels de leurs expressions.

Dans un premier temps on peut mentionner une analyse qui, d'un point de vue théorique, se situe en quelque sorte en amont de la production des opinions sur le sida, puisqu'il s'agit d'identifier les différentes manières de définir et de mobiliser la sexualité dans la construction de sa propre identité. Michel Bozon (2001[9]) a ainsi isolé trois types « d'orientations intimes », c'est-à-dire trois « *manières élémentaires de se situer et de se connaître à travers la sexualité* ». Et l'auteur pose d'emblée la possibilité de conflits d'une part entre les tenants de ces différentes orientations (ce qui correspond à l'hypothèse classique des divergences normatives dans une société complexe), et d'autre part la possibilité de conflits intra individuels entrainant des « *fonctionnements individuels clivés* ». Ce qui est moins classique. Il précise : *«les sujets eux-mêmes peuvent être divisés entre plusieurs orientations. Dans la plupart des cas, ces tensions n'entretiennent qu'un léger « bouillonnement » de surface chez les individus, mais chez certains elles peuvent conduire à une véritable organisation clivée des territoires individuels de la sexualité../.. Dans une organisation clivée de la sexualité individuelle, il existe une hiérarchisation des espaces où se déploie l'activité sexuelle – une scène primaire, dominante ou officielle, et une (ou des) scène(s) secondaire(s), dominée(s), clandestine(s)».* On voit bien ici comment un individu porteur d'orientations normatives non

[8] Dans un esprit proche, combiant sociologie de l'engagement et sociologie des organisations, Jean Marc Weller analyse les controverses au sein de AIDES à propos d'un centre d'accueil. Ici les représentations analysées concernent plus différentes stratégies d'intervention, défendues par des groupes de militants différents, que la maldie elle-même. « L'inventivité militante, le sida et les nouveaux traitements : histoire d'un centre d'accueil de personnes touchées par le VIH », *Sciences Sociales et Santé, 2003,V 21,N°3*

[9] Bozon M., (2001), « Orientations intimes et constructions de soi. Pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité. », *Sociétés Contemporaines*, no 41-42 : 11-40

compatibles, et qui de plus les met en pratique, doit pouvoir disposer de « *scènes* » séparées et étanches. Cette possibilité de double jeu avait déjà été bien mise en évidence par D.Peto (et Al. 1994[10]) qui avaient introduit l'opposition primaire / secondaire.

Nous pouvons ajouter un commentaire et traduire la notion de scène, qui appartient au langage de la dramaturgie goffmannienne, en deux composantes : d'un coté une composante spatiale qui suppose une ségrégation des espaces et une écologie spéciale des amours vagabondes, d'un autre coté une composante relationnelle qui suppose que l'acteur peut circuler entre des réseaux parfaitement étanches. Dans cette perspective, il serait intéressant d'approfondir comment une propriété structurale des réseaux (la segmentation) offre à certains acteurs la possibilité de maintenir des orientations normatives et des pratiques non compatibles, et aussi quels processus assurent l'émergence, la construction, de ces orientations.

L'opposition entre une sexualité acceptable et une sexualité « discreditable » se retrouve chez les personnes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH. Des approches qualitatives détaillées permettent d'identifier différentes stratégies relationnelles déployées par les acteurs pour d'un coté ne pas subir de stigmatisation, et d'un autre coté pouvoir trouver un minimum de soutien auprès de partenaires capables de partager une même vision de la situation et des idées communes sur les conduites « normales » en pareil cas.

Dans un contexte culturel totalement différent (Thaïlande) de celui étudié par M.Bozon, S. Le Cœur et ses collègues (2005[11]) mettent en évidence également une gestion du réseau personnel, mais plus radicale, puisque l'acteur *modifie la composition même de son réseau*. Les auteurs montrent que les individus peuvent recomposer leurs réseaux de relations personnelles pour s'éloigner de personnes qui pourraient les stigmatiser et se rapprocher de personnes qui partagent les mêmes problèmes, et donc, vraisemblablement, les mêmes visions du monde : « *notre étude a montré que les personnes infectées par le VIH ont plutôt tendance à s'ouvrir à de nouveaux contacts dans la communauté. Alors que les liens familiaux se distendent parfois au moment de l'annonce du diagnostic, les personnes infectées par le VIH cherchent à élargir leur réseau en dehors de la famille pour obtenir un soutien auprès d'autres membres de la communauté. Ceci est illustré par le fait que, pour certains enquêtés, la période de leur vie ayant le meilleur score d'épanouissement/bonheur se situe dans une période qui est postérieure à la connaissance de leur séropositivité pour le VIH : certains ont alors rejoint des groupes de patients séropositifs et s'y sont remariés avec un autre patient ».* Ce modèle d'interprétation intègre donc la possibilité que l'acteur transforme stratégiquement la composition de son réseau pour trouver un contexte relationnel offrant un consensus normatif, une similitude des représentations et un soutien social adaptés à son nouveau statut sanitaire et sexuel.

On peut introduire ici une remarque théorique générale : l'idée qu'un « acteur transforme stratégiquement la composition de son réseau » suggère qu'il choisirait librement de nouveaux partenaires sur un marché ouvert ; or la même idée peut être formulée dans les termes suivants « un acteur transforme stratégiquement *sa position* dans des réseaux… ». Cette seconde formulation met davantage l'accent sur la préexistence et la stabilité structurelle des réseaux au sein desquels, et en fonction desquels, l'acteur ne peut que changer de position. Dans l'esprit d'un interactionisme structural qui oriente notre lecture, ce serait aussi les caractéristiques différentes des systèmes relationnels qui facilitent ou limitent ces

[10] Peto D., Remy J., Van Campenhoudt, L., Hubert M. (1994), *Sida : l'amour face à la peur,*. Paris, L'harmattan. (Qui aurait mérité d'être cité dans la bibliographie !)

[11] Le Cœur S., Im-Em W., Koetsawang S., Lelièvre E., (2005), « Vulnérabilité et vie avec le VIH en Thaïlande : l'apport de l'approche biographique », *Population*, N°4 : 551-568

changements de position qui devraient être systématiquement analysées. Dans le cas Thailandais, on insisterait par exemple sur le fait qu'il existe des « *groupes de patients séropositifs* » offrant aux personnes qui apprennent leur séropositivité des opportunités structurelles de recomposition de leur réseau.

Dans un autre type de stratégie, analysé par J.Pierret (2006[12]), l'acteur ne modifie ni la composition ni la structure du réseau mais cherche à contrôler et à limiter la circulation de l'information sur son statut sérologique en gardant le secret : « *le secret est bien une condition nécessaire pour réaménager la vie et vivre le plus normalement possible en conservant la diversité des inscriptions identitaires* ». Ici l'acteur conserve ses partenaires et les positions qu'il occupe dans ses différents réseaux mais en dissimulant sa situation. Et J.Pierret décrit finement combien les prises quotidiennes des traitements et parfois les symptômes de l'infection sont dures à dissimuler[13]. Par contre les « bonnes raisons » qu'aurait un acteur de choisir tel proche plutôt que tel autre pour divulguer sa séropositivité sont présentées comme très contingentes. Or, il n'est pas interdit de penser qu'un proche particulier peut recevoir ces confidences autant en vertu de sa position dans les réseaux de l'acteur qu'en vertu de la tolérance ou de la confiance dont il est crédité. Dans une typologie des carrières des personnes infectées, J.Pierret (2007[14]) insiste par ailleurs sur l'importance que peut revêtir, lorsqu'il existe, le soutien d'une relation de couple et de famille.

Un troisième type d'approche des opinions et des normes se situe également à un échelon micro-social, et prend en compte les contextes relationnels de leur expression, mais en abordant un monde pluriel où peuvent exister des normes variées.

Ici un même acteur peut porter des jugements totalement différents sur un comportement selon les différents rôles constitutifs des relations qui lient cet acteur à la personne qui affiche ce comportement. En rendant compte d'un travail empirique réalisé aux Antilles, S.Mulot (2009[15]) note que *« la condamnation ou l'acceptation du multipartenariat varient en fait beaucoup en fonction du statut de la femme et de l'homme dont il est question. Comprendre un frère volage (rôle de soeur) ou un père absent (rôle de fille) n'empêche pas de dénoncer les hommes vagabonds qui font souffrir les femmes et les mères (rôle de solidarité féminine et de dette à la mère)../.. Ainsi, elles peuvent refuser de dénoncer un mari trompeur (rôle d'épouse), pour ne pas céder face à une maîtresse (rôle de rivale), ou au contraire compter sur ce multipartenariat pour séduire un homme marié (rôle de maîtresse).* »

Ce monde pluriel où les acteurs pourraient dire « tout et le contraire de tout », n'est absolument pas chaotique. Dans la ligne de l'auteure on peut considérer que ces prises de position variables sont l'expression de l'ordre complexe qu'impose ce que S.Nadel (1957[16]) a formalisé en termes de « structure sociale » et de « structure des rôles » : une relation entre deux acteurs est gouvernée par deux rôles, qui exercent des contraintes normatives sur ce qu'il est possible de penser, de dire, et de faire l'un avec l'autre. Cette idée n'a rien d'exotique. Et on peut admettre dans notre société que deux prises de positions différentes sont possibles pour un même acteur, conformément à deux rôles différents qui le mettent en relation avec deux partenaires qui développent des comportements pourtant identiques. Dans un modèle de ce type, *la prise de position est une composante du rôle*, et une sociologie cognitive

[12] Pierret J., (2006), *Vivre avec le VIH*, Paris, Presses Universitaires de France.

[13] C'est un secret si lourd à conserver que l'entretien d'enquête – protégé par la confidentialité - peut être vécu comme un moment privilégié de parole libre.

[14] Pierret J., (2007), « Une analyse en termes de carrières : le cas de personnes traitées par des antirétroviraux hautement actifs contre le VIH entre 1998 et 2000 » *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 25, n° 2, juin

[15] Mulot S., (2009), «Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ? L'exemple des multipartenariats sexuels antillais», *Revue Française de Sociologie*, Vol 50, N°1

[16] Nadel S.F. (1957), *The theory of social structure*. London, Cohen et West. Traduction Française : *La théorie de la structure sociale*, Paris, Editions de Minuit [1970]

supposerait une théorie des rôles. Ce qui a simplement pour conséquence – redoutable – qu'un acteur n'aurait pas en propre une opinion mais *des opinions en tant que titulaire des rôles variés* qui l'engagent dans des relations elles mêmes variées.

On trouve chez Marcel Calvez une approche de la production sociale des représentations qui accorde une grande importance au contexte relationnel des acteurs, mais dans une perspective théorique différente qu'il revendique comme étant une théorie *culturelle* (Calvez, 2001[17]). Il a récemment mis en œuvre une analyse culturelle de la perception des risques liés au sida pour expliquer différentes formes de recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH (Calvez et Al. 2006[18]). Cette approche mobilise « *une typologie des relations sociales, dite modèle grid-group (Douglas, 1978). La dimension grid concerne la façon dont l'individu agit avec les autres, c'est-à-dire la plus ou moins grande latitude dont il bénéficie dans les façons de se conduire avec eux. La dimension group concerne la participation sociale, c'est-à-dire la plus ou moins grande limitation des possibilités de contact avec les autres. ./.. Le modèle grid-group permet de construire une explication sociologique des perceptions des risques en les rapportant à des modes différenciés de relations sociales. Le contexte dans lequel les individus se trouvent les conduit en effet à ne pas percevoir les mêmes incertitudes et les mêmes dangers.* ». Forts de ce cadrage théorique, Marcel Calvez et ses collaborateurs ont réalisé une importante enquête dont « *le questionnaire privilégie une approche de l'univers relationnel de la personne enquêtée* » ce qui constitue effectivement « *une rupture avec les approches centrées sur le sujet et son vécu pour s'intéresser aux relations qu'il entretient avec les autres et à la façon dont il perçoit ces relations.* » Ces quelques phrases suffisent à indiquer combien cette approche récuse un modèle qui expliquerait les représentations exclusivement par les propriétés individuelles d'un acteur isolé au profit d'un modèle qui considère le contexte relationnel comme un[19] des facteurs explicatifs de ces représentations. Pour suivre plus exactement les propos de l'auteur, il conviendrait d'écrire qu'il doit exister une « consonance » entre les représentations et le contexte relationnel, de sorte que ce dernier est moins un facteur explicatif dans une causalité linéaire que l'un des termes d'une boucle causale rétroactive entre environnement et représentation. Et c'est à l'acteur qu'il revient de réaliser ces ajustements rétroactifs entre ces deux dimensions de sa vie : « *Les tensions et les contradictions dans lesquelles l'individu peut se trouver sont regardées comme des désajustements entre des principes culturels et un type de participation sociale. Pour pouvoir agir avec les autres, il est conduit à rechercher une consonance entre le type de relation qu'il engage et les principes auxquels il se réfère dans son action. Cette recherche de consonance est l'essence des changements dans ses conduites ou dans ses représentations du monde dans lequel il agit.* » (Calvez, 2004[20]).

Si on examine maintenant comment ces intentions théoriques sont mises en œuvre, on constate que le contexte relationnel est parfois défini comme un réseau de relations vecteur de contenus cognitifs ou normatifs, parfois comme un cadre d'action offrant / imposant à l'acteur plus ou moins d'opportunités objectives ou subjectives. Au nombre des opportunités subjectives, prenons comme exemple la confiance / défiance que l'acteur exprime à l'égard de son réseau. L'analyse des données montre une relation statistique puissante entre la défiance à

[17] Calvez M., (2001), « Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida » dans J.-P. Dozon, D. Fassin (éds.), *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, pp. 127-144.

[18] Calvez M.(Dir.), Fierro F., Laporte A., Semaille C., (2006), *Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH. Modalités d'accès et contextes socioculturels*, Rennes, LAS Université Rennes2 et ANRS

[19] D'autres facteurs concernent par exemple « *la place dans la structure sociale (mesurée en particulier par la PCS et des indicateurs de conditions de vie, dont le revenu, le logement*) ».

[20] Calvez M., (2004), *Incertitude, risque et handicap. Jalons d'analyse culturelle*, Mémoire pour l'HDR, Rennes, Université Rennes 2.

l'égard du réseau et la propension des acteurs à émettre des jugements qui, de manière erronée, amplifient considérablement la perception des risques de transmission du Sida. Et les auteurs écrivent que « *cette relation [statistique] peut s'entendre sous deux aspects. D'une part, la défiance qui caractérise les relations avec l'entourage se retrouve dans l'amplification des risques ; les dangers de contagion expriment cette défiance généralisée. D'autre part, en se défiant de leur entourage proche, les personnes ne peuvent pas se saisir des ressources qu'il leur offre ; elles justifient alors leur isolement par les dangers que recèle cet entourage, ce dont témoigne l'amplification de risques non avérés.* » Et les auteurs ajoutent que les réponses aux questions sur la transmission du sida traduisent « *des perceptions latentes* » plus générales *« qui trouvent leur ancrage dans les conditions précaires d'existence des personnes rencontrées* ». Dans la typologie *grid-group*, ces représentations « *iraient de pair* » avec à la fois une situation de subordination relationnelle et une position sociale marquée par la précarité. Le contexte relationnel est considéré ici non pas comme un système d'interactions élaborant des savoirs partagés, mais comme un monde de contraintes structurales déterminant les représentations qu'un acteur doit adopter pour s'adapter à ce monde. Le « contexte relationnel » est traité comme une variable contextuelle[21], certes novatrice, mais qui s'impose à des individus. Dans d'autres cases de la typologie, on voit au contraire un « groupe » produire à la fois des normes partagées et des appartenances contrôlées. Dans ce cas, on voit moins des individus bricolant des ajustements cognitifs que des membres d'un collectif qui reçoivent de ce collectif des manières de voir partagées et imposées.

Ainsi ces approches attribuent une grande importance au système relationnel dans lequel les acteurs sont insérés. Mais ceci conduit à formuler autant de modèles qu'il y a de cases dans la typologie *grid-group* : la manière dont le système relationnel peut expliquer (ou impliquer, ou « aller de pair avec ») des représentations change selon les caractéristiques à la fois de ce système relationnel et de la « position sociale » de l'acteur.

Les grandes enquêtes

Last but not least, il convient d'accorder une attention spéciale à la grande enquête réalisée en 2003 à la demande de l'ANRS auprès de 12.000 personnes. Pilotée par N.Bajos et M.Bozon (2008[22]), deux « vétérans » de la précédente grande enquête en population réalisée en 1991-1992 (Bajos et Al., 1993, 1998[23]), elle a pour vocation de tenir compte du contexte épidémiologique nouveau et de polariser davantage certaines analyses, tout en autorisant des comparaisons diachroniques. La section VI du compte rendu de cette recherche collective porte sur « les significations et représentations ». Les deux contributions de M.Bozon et C. Le Van[24] et de N.Bajos, M.Ferrand et A.Andro[25] mobilisent des analyses totalement « individualisantes ». A partir d'une douzaine de questions, Bozon et Le Van construisent une classification des orientations à l'égard de la sexualité et les classes détectées sont interprétées à partir des attributs de sexe et d'âge des enquêtés, cadrés par des effets d'époque en comparant 2003 avec l'enquête Simon de 1970[26].

[21] Pour une définition, voir Boudon R. Lazarsfeld P., (1965), *Le vocabulaire des sciences sociales - Concepts et indices*, Paris, La Haye, Mouton

[22] Bajos N., Bozon M., (2008, Dir.), *La sexualité en France. Pratiques, genre et santé.* Paris, La Découverte

[23] Op. cit.

[24] Bozon M., Le Van C.,(2008) Orientations en matière de sexualité et cours de la vie. Diversification et recomposition. In Bajos N., Bozon M. (Dir.) *La sexualité en France*. Paris, La Découverte

[25] Bajos N., Ferrand M., Andro A. (2008) La sexualité à l'épreuve de l'égalité. In Bajos N., Bozon M., (Dir.) *La sexualité en France*. Paris, La Découverte

[26] Simon P., Gondonneau J., Mironer L., Dourlen-Rollier A.M., (1972), *Rapport sur le comportement sexuels des français*, Paris, Julliard et Charron

De même N.Bajos et ses collègues mettent l'accent sur la manière dont les représentations de la sexualité, formeraient système avec des représentations d'autres « *sphères du travail, de l'éducation et de la vie domestique* » et sur les tensions qui peuvent exister entre des aspirations et la réalité de la vie quotidienne, principalement si on considère les rapports de genre. Ici aussi l'interprétation des différences concernant les normes et les visions de la sexualité mobilise bien évidemment le genre, et d'autres attributs individuels (âge, capital culturel, revenus) ainsi que diverses pratiques du couple (répartition des tâches domestiques et éducatives, des revenus). L'analyse des résultats joue entre un cadre micro social réduit au couple au sein duquel un individu interagit avec un(e) partenaire, et des rappels sur le cadre macro-social des inégalités de genre dans la société ; par contre le niveau méso-social des contextes relationnels des enquêtés et de leur milieu de vie ne fait pas partie des données collectées, et à fortiori des analyses[27].

Un autre type d'enquête nationale est le sondage réitéré régulièrement visant à décrire « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida ». Des éditions successives ont eu lieu en 1992, 1994, 1998, 2001, et 2004 et autorisent ainsi l'analyse de tendances d'évolution dans la population française[28]. Les variables utilisées pour rendre compte des variations constatées capturent les attributs standards d'âge, de sexe, de CPS, niveau d'étude, ainsi que quelques caractéristiques de la vie sexuelle de l'individu : nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois, vivre en couple, connaître au moins une personne séropositive, perception d'un risque pour soi, etc. Ces enquêtes ont une vocation explicite de baromètre et s'en tiennent à des descriptions des opinions et des comportements en fonction des variables qu'on vient d'évoquer. Il serait donc déplacé de reprocher l'absence de propositions interprétatives, et à fortiori l'absence de prise en compte des contextes relationnels des individus.

Discussion

En introduction nous disions vouloir indiquer quelques étapes marquantes d'un « parcours de publications récentes » sur le thème retenu[29] : l'analyse des représentations du sida. Il importe de noter que nous ne prétendons pas à l'exhaustivité, et qu'il faut considérer les publications citées comme des exemples plutôt que comme un corpus systématique. Cette réserve étant faite, nous pouvons revenir sur ce qui a motivé notre lecture et sur les réflexions que ce parcours peut suggérer.

Le projet de cette lecture était évidemment de trouver les traces d'une diffusion dans la communauté des sociologues français du paradigme de l'interactionnisme structural et des méthodes empiriques d'analyse des réseaux. Il serait en quelque sorte légitime d'assister à une telle diffusion pour deux ordres de raisons. D'une part on peut rappeler que, entre les années 1987[30] et 2000, ce paradigme a été popularisé par des séminaires, des ouvrages, des articles,

[27] Pour mémoire rappelons qu'un des ouvrages d'E.Bott, « *Family and social network* » publié chez Tavistock en 1957, et considéré comme une œuvre séminale pour l'analyse structurale, montrait des correspondances entre différentes formes de rapports au sein du couple et différentes organisations des réseaux de relations personnelles des membres du couple.

[28] Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X., Vongmany N., Grémy I., (2005) Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Evolutions 1992 – 1994 – 1998 – 2001– 2004, Paris, ANRS-EN15-KABP 2004,

[29] Ont été examinées les revues suivantes : *RFS, Sociétés Contemporaines, Actes de la recherche en Sciences Sociales, Cahier Internationaux de Sociologie, Année Sociologique, Sociologie du Travail, Population, Communication, Sciences Sociales et Santé, Revue Sociologie Santé,* soit depuis 2000, soit depuis 2005. Nous sommes loin des 71 revues « sociologiques » françaises de l'AERES !...

[30] En février 1987 nous avions organisé un séminaire à la demande du Plan Urbain avec l'aide d'A.Degenne (LASMAS) et de K.Van Metter (LISH-BMS) intitulé « *Un niveau intermédiaire, les réseaux sociaux. Séminaire Franco-Americain.* » (Paris CESOL). Dans le champ de la sociologie institutionnelle c'était sans doute une des

des numéros spéciaux de revues, des formations du CNRS, qui traduisaient notamment l'existence de recherches utilisant ce paradigme et ces méthodes dans quelques laboratoires. On peut affirmer qu'à partir des années 2000 il est impossible d'ignorer que ce courant existe dans le « collège invisible » des sociologues français[31].

D'autre part le thème spécifique auquel nous nous intéressons se situe dans le champ de la sociologie de la santé où des recherches ont progressivement reconnu l'importance de l'environnement socio-relationnel des acteurs. Dès 1985 M.Bauman pouvait esquisser un premier panorama de ces travaux[32] (pas seulement français) et 25 ans plus tard dans une publication récente de l'Institut de Recherche en Santé Publique T.Lang, (2009[33]) peut écrire : « *Beaucoup de travaux portant sur le lien entre santé et facteurs psycho-sociaux ont été menés dans le domaine des maladies cardio-vasculaires et de la santé mentale. Ces études montrent l'importance des réseaux sociaux (contacts sociaux, amicaux, familiaux, professionnels ou de voisinage d'une personne) dans la prise en charge et l'évolution de ces maladies. Elles illustrent cette double influence matérielle et psychosociale, puisque le soutien social peut être d'ordre informationnel, matériel ou financier.* ». Entre ces deux dates, différentes recherches ont mis en avant par exemple l'importance du soutien féminin (Cresson[34]) ou encore l'influence du réseau personnel sur la perception du cancer (Thierry[35]). Par ailleurs, dans le monde anglo-saxon, en 2000, L.F. Berkman et T.Glass avaient situé de manière intéressante l'intervention des réseaux sociaux dans la production de la santé au sein d'un panorama théorique multi-niveaux[36]. Cet effort de clarification était bienvenu pour faire face à des recherches empiriques nombreuses, mais parfois peu réfléchies, sur l'effet du soutien social sur la santé.

Alors, quoi de neuf dans les recherches sur la sexualité en général ou plus spécifiquement sur les représentations et les normes liées à l'épidémie du Sida ? Et bien, si nous nous en tenons à une possible diffusion du paradigme de l'interactionnisme structural, nous devons répondre « pas grand-chose ». Pour sélectionner les travaux, nous avions pris la précaution d'adopter des critères assez « mous[37] » que nous avons traduits dans le titre par la formule « insertion socio-relationnelle des acteurs ». Bien nous en pris, car, comme on peut le constater dans les travaux que nous venons de présenter, on ne voit pas d'utilisation d'une méthodologie un peu systématique d'analyse des réseaux. Et ils sont souvent totalement absents du propos, n'étant même pas évoqués par les auteurs de manière floue ou métaphorique. Dans les autres cas c'est surtout la fonction de contrôle social, plus rarement la fonction de soutien, qui est évoquée. Les processus de production ou de réajustement cognitifs ne sont pas mentionnés. Et on ne rencontre pas d'analyse un peu formalisée de ces réseaux. Le travail de M.Calvez ferait ici

---

premières manifestations collectives de l'analyse des réseaux. Le texte « *Langage formel, théorie sociologique, méthode d'observation. Quelques impressions sur l'analyse des réseaux sociaux* » témoigne de nos hésitations dans l'évaluation de cette orientation de recherche (Ferrand, 1987)

[31] Il faut insister sur le caractère hexagonal de nos remarques car l'analyse des réseaux a été développée aux Etats-Unis, au Canada et dans quelques pays d'Europe, vingt ans plus tôt. Mais en langue anglaise.

[32] Baumann M. et al.(1985), Isolement, support social, événement de vie et état de santé, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n°33

[33] Lang T. (2009), La santé se construit dans un environnement social, *Questions de santé publique* (Paris, Institut de Recherche en Santé Publique IRESP), N°7, Décembre

[34] Cresson G. (1995), *Le travail domestique de santé, analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan

[35] Thierry A. (2005), *Les effets des réseaux sur les représentations du cancer. Etude auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein*, Thèse en sociologie, Université de Lille 1 CNRS Clersé

[36] Berkman L.F., Glass T. Social Integration, Social Networks, Social Support and Health, in Berkman L.F., Kawachi (ed.), *Social Epidemiology*, Oxford University Press, 2000, 137-173.

[37] Et nous avons privilégié la lecture directe des sommaires des revues – et souvent des abstracts - plutôt que les sélections automatiques sur mots clefs par crainte de passer à coté d'approches qui ne se labelliseraient pas elles mêmes « réseau ».

exception, si on admet de considérer que la typologie *grid-group* serait une sorte de meta-approche incluant différentes structures relationnelles possibles.

Ce constat plutôt décevant mérite des tentatives d'explication. Tout d'abord nous pouvons réfuter l'argument que les objets envisagés ne se prêteraient pas bien à la mobilisation d'un paradigme d'analyse structurale. Nous le rappelions plus haut, les années 1985-2000, en France, Belgique, Hollande, aux USA, ont vu publiés des résultats de recherche probants appuyés sur des données de réseaux et des interprétations plus ou moins structurales.

De manière récente une recherche comme celle de S.Tazé montre l'intérêt de ce paradigme et mérite une présentation qui illustre comment il peut être mis en œuvre[38]. 3 hypothèses ont orienté le travail : 1) Les acteurs qui affrontent des incertitudes cognitives et normatives ont tendance à en discuter dans certaines relations et à rechercher à travers ces interactions la formulation d'un sens commun, d'une opinion commune. 2) Mais, depuis les travaux de l'école de Chicago dans les années 1930, on sait qu'un acteur peut être engagé au cours de la journée dans des milieux sociaux, des cercles, c'est-à-dire finalement des réseaux sociaux, très variés. Notamment dans des réseaux où peuvent émerger des opinions très différentes, voire contradictoires, sur un même objet, un même problème. Cette hypothèse ouvre sur l'approche structurale des différents réseaux d'un acteur. 3) Ces deux hypothèses permettent de formuler une question : comment un acteur, dont nous supposons qu'il pense en relation avec autrui, peut-il penser avec des autrui qui pensent de manières contradictoires ? En réponse à cette question, on a proposé une hypothèse proprement sociologiques qui affirme que l'acteur - ni irrationnel, ni schizophrène - peut maintenir deux pensées contradictoires précisément parce que ce sont deux pensées partagées avec deux autrui différents. L'acteur n'aurait donc pas une opinion, il aurait *deux* opinions, d'un coté « son opinion où il est d'accord par exemple avec deux ou trois amis » et d'un autre coté « son opinion où il est d'accord avec des membres de sa parenté».

Sophie Tazé a défini un protocole d'enquête original conduisant à faire répondre deux fois le même enquêté, Ego, au même questionnaire, en face à face, et avec *deux proches différents*, c'est-à-dire en interaction avec deux partenaires de relations différentes[39] à quinze jours d'intervalle. On a donc deux relations : Ego, premier partenaire, Ego deuxième partenaire, et quelques informations sur les relations entre les deux partenaires permettant de dire qu'on a des quasi- triades. Elle a retenu 16 propositions incertaines (concernant le SIDA) avec lesquelles l'enquêté et son partenaire devaient exprimer chacun son accord ou désaccord. Et on a considéré que l'enquêté principal, Ego, avait des opinions versatiles si, en répondant avec son second partenaire, il avait changé d'avis sur au minimum trois propositions. Les résultats montrent que *un enquêté sur deux change au minimum trois fois d'avis en répondant avec son second partenaire, par rapport à ce qu'il a répondu avec le premier partenaire*. Ainsi un acteur peut bien avoir deux opinions différentes sur le même objet : une première opinion lorsqu'il interagit avec un partenaire A, et une seconde opinion lorsqu'il interagit avec un partenaire B. Si vous admettez logiquement qu'il en de même pour ces partenaires, vous pouvez conclure que ce ne sont pas les acteurs, mais *la relation qui a une opinion* (effet interactionniste).

Ensuite S.Tazé a examiné les appartenances de Ego et de ses partenaires. Lorsque Ego se perçoit comme appartenant au même groupe que ses deux partenaires, il a 4 chances sur dix d'exprimer des opinions changeantes. Lorsque Ego se perçoit comme appartenant à un groupe

[38] Tazé S. (2007), *La formation relationnelle des opinions. Etude des opinions des jeunes relatives au sida dans des situations d'hétérogénéité cognitive*. Thèse en sociologie. Université Lille I.
Tazé S., Ferrand A.(2007), «Les savoirs profanes sur le sida : des incertitudes rationnelles aux certitudes relationnelles», in *Sociologie Santé*, N°26 : 31-48
[39] Ce protocole a été publié par le *BMS*, N° 98 de 2008

avec son partenaire A, et à un autre groupe avec son partenaire B, il y a 7 chances sur dix pour qu'il exprime des opinons changeantes. Seconde conclusion : *un acteur peut avoir plus facilement deux opinions différentes sur le même objet lorsqu'il exprime ces opinions dans deux relations inscrites dans deux groupes différents (effet structural)*. Cet exemple montre comment la prise en compte de l'insertion relationnelle des acteurs permet de mieux approcher les processus réels de production des opinions *dans la vie sociale*, et non de manière réductrice « dans la tête » des acteurs.

Un second argument pour expliquer la faible présence de ce paradigme relève plus de la sociologie des sciences lorsqu'elle met en cause l'existence de manières de penser hégémoniques. P.Perretti-Watel évoque ainsi la pression d'un courant scientifique dominant – le paradigme épidémiologique - pour l'étude des conduites à risque[40] : « *Dans cette approche multifactorielle, l'individu reste l'unité d'analyse privilégiée, au centre de la toile des causes. Malgré le développement d'approches alternatives, comme les modèles écologiques multi-niveaux, l'épidémiologie contemporaine reste ainsi dominée par la recherche de facteurs de risque individuels (riskfactor epidemiology) ./.. les travaux qui s'appuient sur la dimension sociale des conduites a risque restent généralement fidèles au paradigme épidémiologique, et ce faisant ont tendance a « biologiser » le social, en le réduisant a des caractéristiques individuelles./..et en assimilant le jeu des interactions interindividuelles et de la construction collective des normes a la propagation d'un mal contagieux*. ». De manière plus précise les différentes variantes du « Health belief model » (HBM) qui en appellent à une rationalité individuelle développée au long d'une chaine causale allant de l'information au comportement final, en passant par les croyances, les attitudes, etc, ont longuement occupé le devant de la scène. Dans un chapitre très intéressant J.P.Moatti et ses collègues (1997[41]) – qui connaissent de l'intérieur ces approches – en ont fait une critique sévère montrant à la fois les biais et les impasses de ces modèles. Mais, comme ils le notent eux-mêmes, ces critiques sont peu entendues et les courants scientifiques qui ne connaissent que l'individu continuent d'avoir l'oreille d'un grand nombre d'acteurs et de chercheurs dans le champ de la santé.

A contrario, on pourrait se réjouir de voir apparaître des signes d'intérêt pour la prise en compte des « proches[42] » ou des « pairs ». Mais il y a loin de la coupe aux lèvres, car on perçoit souvent que les acteurs de santé sont quasiment incapables intellectuellement de penser que des objets sociaux comme des réseaux de relation puissent avoir des principes spécifiques de fonctionnement, irréductibles aux intentions des individus, et non déductibles des appartenances macro-sociales[43]. Ces manières de penser, lorsqu'elles « trouvent les réseaux très intéressants », tendent à ne retenir des réseaux que des propriétés qui peuvent finalement être traitées comme des attributs (contextuels) des individus qui les composent.

Conclusion

A l'image des pratiques de prévention qui ont connu un « *relaps* » dans certaines populations, peut-on considérer que la mobilisation d'une méthode d'analyse des réseaux et d'interprétations structurales, après quelques débuts significatifs dans les années 1990, aurait connu un reflux relatif depuis l'an 2000. Le parcours des revues réalisé ici tendrait à le prouver. Face à ce constat, je voudrais formuler deux espoirs.

---

[40] Perretti-Watel P., (2004), « Du recours au paradigme épidémiologique pour 1'étude des conduites a risque », *Revue Française de Sociologie*, 45-1 : 103-132

[41] Moatti J.P., Hausser D., Agrafiotis D. (1997), "Understanding HIV risk related behaviour : a critical overview of current models" in Van Campenhoudt L., Cohen M., Guizzardi G., Hauser D, (eds) *Sexual interactions and HIV risk : new conceptual perspectives in European research*, London, Taylor & Francis : 100-126

[42] Voir, par exemple, les appels à projet de l'Institut National du Cancer.

[43] La sociologie spontanée des acteurs de santé que j'ai croisés intègre très bien une idée de « déterminant social » assez bourdieusienne qui fait de l'appartenance à un milieu macro-social la cause d'un comportement.

Le premier est que le corpus que j'ai rassemblé soit gravement lacunaire, et qu'en fait d'autres publications montreraient l'existence de travaux s'intéressant aux représentations du sida ou du risque, à la production des normes, dans le cadre de l'interactionnisme structural[44]. Et donc que le paysage scientifique français serait plus riche qu'il n'est décrit ici.

Le second espoir – dans cette période de « remodelage » de la recherche - est de voir se développer un front scientifique, dans le domaine plus large de la santé, contre d'un coté le réductionisme individualisant (qui fait idéologiquement l'affaire des compagnies d'assurance privées à l'affut du jack pot de la couverture du risque maladie des clients-individus, et qui constitue aussi une forme spontanée de penser des acteurs de santé), et d'un autre coté contre une certaine vision des « déterminants sociaux de la santé », tellement collectivement déterminants que les politiques de prévention ne sont capables que d'adresser des messages aux individus en ne cherchant qu'exceptionnellement à infléchir des processus collectifs à un niveau micro ou meso social – là où l'analyse des réseaux peut apporter des contributions décisives. On peut ainsi interroger à nouveaux frais un certain nombre de processus donnés ici à titre d'exemples partiels : 1) Quels types de réseaux autorisent une circulation d'information sur les qualités des praticiens et quelles variations connaissent ces réseaux selon les milieux et les localités[45] ? 2) Quels types de réseaux assurent une production normative et un contrôle de la santé de ses membres ? 3) Comment interagissent des controverses interpersonnelles sur des questions de santé avec les informations cherchées sur le Web ou trouvées dans les media ? Etc… Sans oublier toutes les approches organisationnelles du système de soin qui bénéficieraient fortement des apports de l'interactionnisme structural.

Si on croît M.Goldberg et ses collègues (2002[46]) la déshérence constatée ci-dessus vaudrait également dans le domaine de l'analyse des inégalités sociales de santé. Ils avancent l'idée que, dans les sciences sociales de la santé en france[47], « *les approches se situent… pour la plupart dans le cadre d'une vision qu'on peut qualifier 'd'institutionnellement médicalisée'… dans la mesure où le point de départ de la problématique et le terrain d'observation des recherches concernent le système de santé ou la maladie, et non ce qui se passe en amont de celle-ci. Comme si ce qui se passe avant l'entrée dans la maladie et le système de soin ne pouvait permettre de comprendre comment la maladie se situe dans l'espace social et politique et ne relevait pas d'une analyse sociologique.* » Et ils concluent leur article en écrivant « *si on polémique ainsi dans une revue consacrée aux sciences sociales[48], c'est en formant l'espoir que peut-être on pourra ainsi éveiller un intérêt pour des recherches qui ne méritent pas un tel abandon…* »

Comme eux, je forme l'espoir que cette communication éveille un intérêt pour un développement de l'interactionnisme structural dans le domaine de la santé.

Références

Bajos N. et le groupe ACSF, (1993), *Les comportements sexuels en France*, Paris, La Documentation Française

Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. (1998, Eds), *La sexualité aux temps du Sida* , Paris, PUF

[44] Et je remercie d'avance toute personne qui m'indiquerait ces publications omises.

[45] Ces échanges d'informations sont une condition cruciale d'élimination des mauvaises pratiques. Cf Ferrand A., (2001), «La production profane des réputations dans les réseaux de discussion » et « Différences sociales, différences locales dans la production des jugements sur les offres de soins », chapitres, in Cresson G. Ferrand A. Lardé P. *Les systèmes locaux de santé*, Lille, Clersé :92-149

[46] Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F., (2002), "Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. In *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 20, n°4

[47] Constat fondé sur un recensement des 200 articles publiés uniquement dans Sciences Sociales et Santé entre 1982 et 2002.

[48] Les auteurs sont épidémiologues.

Bajos N., Bozon M., (2008, Dir.) *La sexualité en France. Pratiques, genre et santé* Paris, La Découverte

Bajos N., Ferrand M., Andro A., (2008), « La sexualité à l'épreuve de l'égalité », in Bajos N. et Bozon M. (Dir) *La sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte

Baumann M., et al., (1985), « Isolement, support social, événement de vie et état de santé », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n°33

Bott E., (1957), *Family and social network*, London, Tavistock

Bozon M., (2001), « Orientations intimes et constructions de soi. Pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité. », *Sociétés Contemporaines*, no 41-42 : 11-40

Bozon M., Le Van C.,(2008), « Orientations en matière de sexualité et cours de la vie. Diversification et recomposition », in Bajos N., Bozon M., (Dir.) *La sexualité en France…*, Paris, La Découverte

Calvez M., (2001), « Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida » dans J.-P. Dozon, D. Fassin (éds.), *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, pp. 127-144. http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00006255/fr/

Calvez M., (2004), *Incertitude, risque et handicap. Jalons d'analyse culturelle*, Mémoire pour l'habilitation à diriger des recherches, Rennes, Université Rennes 2. http://halshs.ccsd.cnrs.fr/halshs-00005903/en/

Calvez M.(Dir.), Fierro F., Laporte A., Semaille C., (2006), *Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH. Modalités d'accès et contextes socioculturels*, Rennes, LAS Université Rennes2 et ANR http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/05/55/27/PDF/REC_TARDIF_050106.pdf

Cresson G. (1995), *Le travail domestique de santé, analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan

Dalgalarrondo S., Urfalino P., (2000), « Choix tragique, controverse et décision publique: Le cas du tirage au sort des malades du sida », in *Revue française de sociologie*, Vol. 41, No. 1 : 119-157

Delaunay K., Vidal L., (2002), « Le sujet de l'observance. L'expérience de l'accès aux traitements antiretroviraux de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire », *Sciences Sociales et Santé*, V.20, N°2

Ferrand A., (1987), « Langage formel, théorie sociologique, méthode d'observation. Quelques impressions sur l'analyse des réseaux sociaux », in *Un niveau intermédiaire, les réseaux sociaux*, Ferrand A. (ed.), Paris, CESOL, Plan Urbain, http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00259383/fr/

Ferrand A., Mounier L. Groupe ACSF,.(1993), « Paroles sociales et influences normatives », in *Les comportements sexuels en France*, Spira A., Bajos N., (Eds.), Paris, La Documentation Française : 171-179. http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00255838/fr/.

Ferrand A., Mounier L.,(1998), « L'influence des réseaux de confidence sur les relations sexuelles », in Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. (eds), *La sexualité aux temps du Sida* , Paris, PUF : p.255-304 http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00253901/fr/.

Ferrand A., (2001), «La production profane des réputations dans les réseaux de discussion » et « Différences sociales, différences locales dans la production des jugements sur les offres de soins », chapitres, in Cresson G. Ferrand A. Lardé P. *Les systèmes locaux de santé*, Lille, Clersé :92-149 http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00252973/fr/.

Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F., (2002), "Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. In *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 20, n°4

Laumann E.O. et alii., (1989), "Monitoring the AIDS epidemic in the United States, A network approach", *Sciences*, N° 244

Laumann E.O., Gagnon J.H., Michael R.T., Michaels S., (1994), *The social organization of sexuality. Sexual practices in the United States*. Chicago, Chicago University Press, 1994.

Le Cœur S., Im-Em W., Koetsawang S., Lelièvre E., (2005), « Vulnérabilité et vie avec le VIH en Thaïlande : l'apport de l'approche biographique », *Population*, N°4 : 551-568

Marquet J., Huynen P., Ferrand A., (1997), " Modèles de sexualité conjugale. De l'influence normative du réseau social", *Population*, 6 : 1401-1438

Moatti J.P., Hausser D., Agrafiotis D. (1997), "Understanding HIV risk related behaviour : a critical overview of current models" in Van Campenhoudt L., Cohen M., Guizzardi G., Hauser D, (eds) *Sexual interactions and HIV risk : new conceptual perspectives in European research*, London, Taylor & Francis : 100-126

Mulot S., (2009), « Comment les représentations des rapports de sexe influencent-elles la prévention du sida ? L'exemple des multipartenariats sexuels antillais ? », *Revue Française de Sociologie*, Vol 50, N°1

Nadel S.F., (1957), *The theory of social structure*, London, Cohen et West. Traduction Française : *La théorie de la structure sociale*, Paris, Editions de Minuit [1970]

Perretti-Watel P., (2004), « Du recours au paradigme épidémiologique pour 1'étude des conduites a risque », *Revue Française de Sociologie*, 45-1 : 103-132

Peto D., Remy J., Van Campenhoudt, L., Hubert M. (1994), *Sida : l'amour face à la peur*, Paris, L'Harmattan.

Pierret J., (2006), *Vivre avec le VIH*, Paris, Presses Universitaires de France.

Pierret J., (2007), « Une analyse en termes de carrières : le cas de personnes traitées par des antirétroviraux hautement actifs contre le VIH entre 1998 et 2000 » *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 25, n° 2, juin http://www.jle.com/e-docs/00/04/30/8A/vers_alt/VersionPDF.pdf

Setbon M., (2000), « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, Vol. 41, No. 1

Simon P., Gondonneau J., Mironer L., Dourlen-Rollier A.M., (1972), *Rapport sur le comportement sexuels des français*, Paris, Julliard et Charron

Tazé S. (2007), *La formation relationnelle des opinions. Etude des opinions des jeunes relatives au sida dans des situations d'hétérogénéité cognitive*. Thèse en sociologie. Université Lille I. http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00236974/fr/

Tazé S., Ferrand A.(2007), «Les savoirs profanes sur le sida : des incertitudes rationnelles aux certitudes relationnelles», in Sociologie Santé, N°26 : 31-48 http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00200380/fr/

Weller J.M., (2003), « L'inventivité militante, le sida et les nouveaux traitements : histoire d'un centre d'accueil de personnes touchées par le VIH », Sciences Sociales et Santé,V. 21, N°3