

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie
= Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 18 (1992)

Heft: 2

Artikel: Les manières de faire face au risque du sida

Autor: Cardia-Vonèche, Laura / Osiek, Françoise / Bastard, Benoit

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-814517>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

LES MANIÈRES DE FAIRE FACE AU RISQUE DU SIDA

Quelques réflexions pour une conceptualisation sociologique des modalités
des relations affectives et sexuelles

Laura Cardia-Vonèche, Françoise Osiek, Benoit Bastard

Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève, et

Centre de sociologie des organisations, CNRS, Paris

1. Introduction

Les comportements affectifs et sexuels ainsi que les représentations qui s'y rattachent ont connu une évolution rapide au cours des vingt-cinq dernières années, sous l'effet tant de la diffusion des moyens contraceptifs que de la libération des mœurs. La généralisation du recours à la contraception a contribué à dissocier la vie sexuelle de l'engagement dans le mariage. Cette dissociation se marque, dans le même temps, par une tolérance accrue pour les cohabitations juvéniles et par l'acceptation d'une plus grande diversité des manières de vivre en couple. Il est devenu légitime de vivre plusieurs unions successives, aussi bien sous forme de liaisons que de mariages. L'exclusivité au plan des rapports sexuels n'occupe plus nécessairement une place centrale dans la conception que l'on se fait de la fidélité conjugale. Ce libéralisme appliqué aux relations hétérosexuelles s'est aussi transposé à l'ensemble des relations affectives, notamment par une moindre stigmatisation de l'homosexualité.

Certaines de ces évolutions ont été analysées au niveau de leur impact socio-démographique : diminution des mariages, accroissement de la cohabitation et des naissances hors mariage, augmentation du nombre des divorces (Roussel, 1989; Kellerhals, 1990; Fleiner-Gerster, 1991; Bozon, 1990). Quant aux comportements sexuels eux-mêmes, ils ont fait l'objet, au cours de cette période de libéralisation, de grandes études visant à leur dévoilement et à leur compréhension (dont les plus connus sont les rapports Kinsey et Hite ou, en France, le rapport Simon ainsi que les travaux de Masters et Johnson). D'autres travaux ont été réalisés dans le même temps, avec des objectifs plus spécifiques, comme par exemple celui de reconnaître les déviances sexuelles et de montrer leur lien

avec d'autres comportements déviants ou encore celui de traiter les dysfonctionnements sexuels rencontrés par les individus ou les couples.¹

L'apparition de l'épidémie du sida, en donnant un intérêt nouveau aux études de sciences sociales sur la sexualité a profondément modifié leur orientation. L'étude des comportements et des attitudes en matière sexuelle revêt aujourd'hui une importance cruciale du fait que le courant de libéralisation des mœurs se heurte à la diffusion de l'épidémie. C'est précisément à une époque où chacun semble être devenu maître de ses choix et de ses pratiques dans le domaine affectif et sexuel que se diffuse une maladie mortelle qui introduit de nouvelles incertitudes imposant le réexamen des marges de liberté individuelle.

Il est vrai que la crainte des maladies transmises par voie sexuelle n'est pas nouvelle. Elle a, depuis leur apparition et en fonction de leurs régressions et de leurs recrudescences successives, entraîné des modifications des attitudes et des comportements sexuels. La principale différence, cependant, réside dans le fait que la maladie à laquelle on est confronté aujourd'hui présente un caractère léthal et une diffusion qui remet en question la maîtrise des problèmes de santé à laquelle prétend la médecine.

Les travaux en cours comportent, comme naguère, de grandes études visant à décrire de façon détaillée les comportements sexuels de populations entières et des recherches plus qualitatives, empruntant leurs orientations et leurs méthodes à la sociologie ou à la psychosociologie, et tendant à identifier les déterminants des comportements sexuels. Les unes comme les autres sont gouvernées par l'urgence résultant de la diffusion de l'infection HIV. Elles trouvent leur origine dans le souci de lutter contre l'épidémie du sida et partagent un objectif de prévention. Soit elles se proposent d'identifier les réseaux de propagation de l'infection HIV et les risques encourus par les individus appartenant à tel groupe social ou ayant tel comportement sexuel.² Soit elles veulent mieux comprendre comment les individus font face au risque du sida dans les relations amoureuses qu'ils engagent (par exemple, Hubert et al., 1992). En schématisant à peine, on peut dire que toute la recherche actuelle examine la question de savoir qui se protège et qui ne se protège pas du sida, et celle de savoir pourquoi on s'en protège ou non et de quelle façon – la «protection» à l'égard de l'infection HIV étant définie dans des termes qui se réfèrent implicitement

1 Pour une revue de la littérature sur ce point, voir en particulier Garcia-Werebe, 1991.

2 Voir l'ensemble des travaux présentés lors de la dernière réunion de l'action concertée européenne portant sur ce thème (European Community on Sexual Behavior and Risk of HIV Infection, 1991, groupe de travail No 2, «Cross-National Analysis of Sexual Behavior and Risk of HIV Infection»)

ou explicitement à un modèle du «sexe sûr» conçu en fonction de l'avancée des connaissances au sujet de la maladie.

Sur un plan théorique, les recherches en sciences sociales sont donc généralement organisées selon un schéma qui met en relation des savoirs et des règles définis dans la sphère biomédicale avec des pratiques sociales qui ont trait à la mise en couple et aux rapports amoureux. Leur principal souci est de comprendre comment les messages et les normes diffusés (par toutes sortes de canaux) «passent» et se trouvent actualisés dans des pratiques concrètes. Ou encore, il est d'identifier les obstacles à la prévention, c'est-à-dire les facteurs qui font que les modes de protection clairement identifiés et largement diffusés ne sont pas mis en oeuvre par les individus dans les situations où l'on souhaiterait qu'ils le soient.

Notre propre travail de recherche n'échappe pas à cette logique de prévention. Il a vu le jour dans le cadre des différents programmes nationaux qui, en Suisse comme en France, visent à développer les connaissances sur la réaction des individus face au risque représenté par le sida.³ Il a de plus été engagé dans le prolongement de travaux qui portaient eux aussi la marque de cette approche préventive, puisqu'ils concernaient la diffusion et la mise en oeuvre des normes de santé dans le cadre familial, qu'il s'agisse de l'alimentation, ou plus généralement des pratiques quotidiennes touchant à la santé (Von Allmen et al., 1989, Cardia-Vonèche, Bastard, 1991). Il ne s'agit donc pas ici de contester que les sciences sociales aient un rôle à jouer dans la production des connaissances permettant aux spécialistes de la prévention de favoriser la mise en oeuvre de comportements appropriés en matière de santé. Néanmoins, pour qu'un tel apport puisse être fructueux, il nous semble essentiel de développer une perspective théorique au sujet de la gestion du risque du sida qui ne se limite pas à la question de savoir comment se fait la mise en pratique des normes de prévention dans les relations sexuelles.

3 «Choix et comportements affectifs et sexuels face au sida : une recherche psychosociale chez des adultes séparés ou divorcés» (recherche réalisée dans le cadre du PNR 26 du Fonds national de la recherche scientifique). On trouvera plus loin un bref aperçu des objectifs de cette étude, des méthodes d'enquête et des caractéristiques de la population étudiée. Une recherche ayant les mêmes modes d'approche est réalisée en France pour l'Agence nationale de recherche sur le sida.

2. Les dimensions pertinentes de l'analyse des relations affectives et sexuelles

L'analyse de la gestion du risque du sida doit être inscrite dans une approche de la relation sexuelle – relation qui ne peut pas être seulement caractérisée en termes de prise de risque ou de transgression de normes définies dans une optique médicale de prévention. Le fait de nouer une relation devant déboucher sur des rapports sexuels peut sans doute, dans la pratique, représenter un certain risque pour les individus du point de vue de la préservation de leur santé, mais force est de reconnaître que telle n'est pas la préoccupation qui prévaut au moment de l'engager. Bien au contraire, ce qui importe avant tout alors, c'est le désir que l'on a de nouer une relation, le succès d'une entreprise de séduction, l'attente du plaisir lié au passage à la sexualité et, le cas échéant, les satisfactions affectives attendues de la pérennisation du lien avec le partenaire. L'analyse des relations sexuelles dans une perspective de sciences sociales doit donc prioritairement tenir compte de la dimension interpersonnelle et affective qui les caractérise.

Dans cette perspective, les comportements affectifs et sexuels nous paraissent devoir être envisagés sous deux angles : d'une part, il s'agit de considérer la dimension spécifique de l'échange entre les partenaires, avec les conceptions particulières, les attentes et les modalités de communication qui s'y rattachent; et d'autre part, il s'agit d'envisager les formes du rapport au corps que développent les individus et les modalités ordinaires de gestion de la santé.

Notre conviction et la base de nos hypothèses de travail est que c'est en développant et en approfondissant ces deux dimensions – celle du rapport à autrui, essentielle lorsqu'il s'agit de relations sexuelles, et celle du rapport à soi-même, essentielle lorsqu'il s'agit de santé – que pourront être envisagées et explicitées les modalités plus particulières de la communication à propos du sida et les manières de faire face au risque dans les situations concrètes.

a. La dimension du rapport à autrui et les modalités de l'engagement dans les relations

On peut distinguer différentes dimensions du rapport à autrui pour mieux préciser l'impact que celui-ci peut avoir sur les modalités de gestion des risques pour la santé qui nous intéressent ici. On évoquera plus particulièrement les modalités selon lesquelles les individus s'engagent dans les relations et la place qu'occupe la sexualité dans ces relations. Avant d'aborder ces deux dimensions,

on indiquera comment la situation concrète des individus peut aussi avoir un impact sur la façon dont se pose à eux la question du sida.

On peut penser, en effet, que le problème du sida n'a guère de pertinence pour les personnes qui se trouvent aujourd'hui dans une relation de couple antérieure à l'apparition de l'épidémie. Ces personnes peuvent certes se sentir concernées par le problème social que constitue la diffusion de l'infection ou, plus directement, par le problème qui se pose pour leurs enfants à l'entrée de leur vie sexuelle, ou encore par le fait que des proches sont touchés par l'épidémie; mais elles ne se sentent pas concernées au plan de leur relation de couple. Il en va de même pour des sujets qui sont hors de toute relation et qui veulent ne pas changer cette situation. Au contraire, le problème se pose d'une façon plus concrète pour les personnes qui sont à la recherche de nouvelles relations amoureuses, pour celles qui, tout en se trouvant en couple, souhaitent rencontrer de nouveaux partenaires, ou encore pour celles qui vivent une succession de relations temporaires. En considérant plus particulièrement les personnes qui se trouvent à la recherche de partenaires, on peut en outre faire intervenir leurs chances très variables d'en trouver un et de constituer (ou de reconstituer) un couple comme l'un des facteurs influant sur leur comportement dans les relations. Une rencontre pourra faire figure de chance à saisir à tout prix dans un contexte d'isolement affectif. Elle pourra au contraire s'accompagner de stratégies de temporisation si elle intervient dans un réseau plus dense de relations préexistantes.

Evoquons maintenant les deux dimensions selon lesquelles nous caractérisons le rapport à autrui.

a.a Différentes manières de s'engager dans les relations

Un facteur d'une grande importance pour notre analyse consiste dans la manière dont les individus s'engagent dans les relations. On fait ici référence à tout le courant actuel de l'analyse des interactions familiales et des normes d'échange dans les couples, qui soulignent les différences radicales dans les conceptions qui président à la mise en couple et à la régulation des rapports interindividuels (Von Allmen et al., 1987; Troutot, Montandon, 1988; Kellerhals, Montandon et al., 1991).

Dans la perspective ainsi tracée, les modes de fonctionnement de couples ont été envisagés de toutes sortes de manières. Sans évoquer en détail ces analyses, on reprendra ici l'un des aspects des classifications existantes qui revêt une pertinence particulière au regard du problème de la communication entre les partenaires. Il s'agit de la dimension de la régulation interne du

couple, telle qu'elle est envisagée dans les travaux microsociologiques récents, qui distinguent les couples suivant qu'ils fonctionnent sur un mode fusionnel ou associatif.

Dans une relation de type fusionnel, qui se fonde sur la pérennité des relations, l'accent porte sur l'assimilation et l'interdépendance des individus, sur l'adhésion aux valeurs et aux croyances familiales et sur la valorisation des pratiques accomplies en commun. Les relations fusionnelles se caractérisent notamment par l'idée d'un partage complet, non sectorisé. Les choses échangées ne sont pas objet d'évaluations constantes. Le consensus porte sur la primauté de la relation. L'accent est mis sur la durée, sur le désir de stabilité, sur les projets partagés. La fidélité, l'engagement mutuel sont des valeurs essentielles. La vie à deux, le partage de la vie quotidienne, la sécurité et l'affection sont très valorisés.

Au contraire, le fonctionnement associatif se caractérise par le fait que les individus qui s'engagent dans une relation définissent les domaines dans lesquels ils veulent échanger et la manière dont cet échange doit se réaliser. Chacun négocie les termes du contrat qui le lie à l'autre partie. Les membres du couple peuvent n'être liés que par des contrats sectoriels. Tous les aspects du quotidien – par exemple la vie sociale ou les activités de loisirs – ne sont pas forcément englobés dans l'échange. L'accent est donc mis sur la différenciation et sur l'autonomie des individus à l'intérieur du couple. Les valeurs et les croyances ne sont pas nécessairement partagées.

Distinguer ces modes de fonctionnement de la relation de couple vise à mieux saisir les modalités selon lesquelles les individus s'engagent dans les relations et communiquent entre eux : qu'attendent-ils l'un de l'autre ? S'orientent-ils vers un système d'échanges transparents dans lequel il est possible de faire état des expériences passées et de discuter les risques encourus dans les relations ? Ou bien le fonctionnement de la relation – dominé par sa dimension romantique et fusionnelle – fait-il des questions que peuvent se poser les individus lors du passage à la sexualité un sujet tabou ? Qu'advient-il de la relation (et de la communication au sujet de la sexualité) lorsque les deux partenaires ne partagent pas les mêmes conceptions en ce qui concerne les modalités de l'échange ?

a.b Place de la sexualité dans les relations

Un dernier élément à considérer dans l'analyse des modalités selon lesquelles les individus s'engagent dans les relations, est la place qu'ils y assignent à la sexualité. De ce point de vue, il nous semble nécessaire de distinguer deux positions : la première se caractérise par l'autonomie de la sphère sexuelle par

rapport aux relations de couple; l'autre par l'interdépendance de la sexualité avec la relation.

Pour certains individus la sexualité a un sens en elle-même, en dehors de tout projet de couple. La sexualité est fondamentale dans la relation et celle-ci se limite d'ailleurs à l'échange sexuel. On se situe dans le registre du corps, du besoin, du désir. Ce qui compte, c'est le rapport physique, l'érotisme, la jouissance.

A l'inverse, la sexualité peut être considérée exclusivement dans la perspective de la construction d'une relation. Elle est alors une composante, un pilier, l'un des aspects d'un échange qui, pour être valable, doit comporter aussi d'autres dimensions : amour, compréhension et respect mutuel, dialogue, intérêts et activités en commun, dialogue, etc. La sexualité est indissociable de ces autres composantes de la relation.

On peut supposer que ces conceptions sur la sexualité et sur son rôle dans la relation ont un impact direct sur les manières de faire face au risque du sida. Dans le premier cas, en effet, lorsque la relation est «au service» de la sexualité, la question du risque éventuellement encouru ne met en jeu que l'échange sexuel dans le cadre limité d'une rencontre ayant pour finalité la satisfaction des partenaires. Dans le deuxième cas au contraire, lorsque la sexualité est «au service» de la relation, la manière d'envisager le risque du sida est tributaire de l'ensemble des éléments qui constituent la relation : la confiance que l'on a dans l'autre, le désir que la relation dure, les projets communs, etc.

b. La dimension du rapport au corps et les modes de gestion de la santé

Un tout autre angle sous lequel il est également utile d'aborder la manière dont les individus s'engagent dans les relations sexuelles et font face au risque du sida est celui de leur rapport au corps et des modes de gestion de la santé. Cette dimension semble à l'évidence mobilisée lorsqu'il s'agit de s'interroger sur la manière dont on fait face à une maladie.

La notion de rapport au corps employée ici se réfère au travail de Boltanski (1968), qui entend par là la manière que l'on a de nourrir son corps, de le développer, de le fortifier ou de l'embellir (notamment par le sport et diverses pratiques corporelles), d'être plus ou moins à son écoute et par là d'être plus ou moins capable d'en reconnaître les sensations morbides inhabituelles. Les éléments qui constituent le rapport au corps appartiennent aussi bien à son rôle de présentation de soi en général et de séduction dans les relations amoureuses en particulier, qu'à des aspects plus directement liés à la santé et à sa préservation

(Boltanski, 1968, Pierret, 1984, Dodier, 1986, Von Allmen et al., 1987 et 1989, Osiek-Parisod, 1990).

A la suite de Boltanski, on distinguera deux modalités principales du rapport au corps reprises et validées dans différentes études empiriques : un rapport au corps de type instrumental et un autre de type réflexif.

Le rapport au corps est dit instrumental lorsque le corps est perçu comme un outil qui permet à l'individu de faire face à ses obligations – aussi bien dans le travail professionnel que dans les tâches domestiques – et qui doit fonctionner sans qu'on s'en aperçoive ni qu'on en prenne un soin particulier. La santé, dans un tel rapport au corps, «n'est rien d'autre qu'un état coutumier, qui ne mérite ni attention, ni réflexion» (Boltanski). La gestion de la santé consiste dans la reconstitution des capacités physiques ou intellectuelles. L'individu réagit seulement dans les moments où le corps ne répond plus à ses attentes et se manifeste par la douleur ou la maladie. Celle-ci est une anomalie, une fatalité dont il faut sortir au plus vite, ce qui conduit à recourir à des interventions efficaces destinées à rétablir le cours habituel de la vie. L'ensemble du système est régi par une logique de la réparation.

Ce type de rapport au corps, envisagé sous l'angle des relations amoureuses, conduit à insister sur la capacité à plaire, en se conformant à certains standards de séduction et en recourant au besoin aux artifices correcteurs appropriés. Il se traduit aussi dans une attention particulière aux performances aussi bien qu'aux «pannes» en matière de sexualité.

A l'inverse, dans un rapport au corps de type réflexif, l'individu prend une certaine distance par rapport à son corps, qui n'est pas seulement envisagé dans sa valeur d'usage. Ceci lui permet de le considérer en quelque sorte de l'extérieur, comme on le ferait d'un objet esthétique. Dès lors, le corps est vu comme digne d'écoute et d'observation. Il devient l'objet d'attentions constantes qui visent à le préserver dans la durée : alimentation, sport, etc. Pour les personnes qui entretiennent ce type de rapport au corps, la santé est un bien qu'il est possible de maîtriser. Être malade est le signe d'un défaut dans les règles de vie, d'une carence des pratiques de prévention. Se soigner impose le respect des rythmes du corps. Quant à la séduction, elle passe moins par un travail sur les apparences que par l'entretien d'une image de soi satisfaisante, considérée comme une condition «sine qua non» de la séduction de l'autre.

Du point de vue de la gestion du risque du sida, on peut s'attendre à retrouver cette opposition des modalités du rapport au corps avec des effets contrastés quant à la prise en compte du risque et au mode de gestion choisi : c'est ainsi que l'on peut penser que les échanges sexuels seront caractérisés,

pour les personnes se rattachant au modèle réflexif, par un souci d'anticipation et de prévention, tandis qu'ils seront associés, pour celles qui présentent des attitudes instrumentales, à un certain fatalisme ou à une logique de la réparation.

3. Modes de communication et gestion du risque du sida

Après avoir mis en place la manière dont nous schématisons l'univers relationnel dans lequel s'inscrivent les relations affectives et sexuelles et la dimension du rapport au corps, il reste à caractériser ce qui constitue, pour notre étude, la variable dépendante, à savoir la manière dont la question du risque du sida est traitée par les individus dans les relations qu'ils nouent. Dans les situations où elle revêt une pertinence pratique (c'est-à-dire lorsque les personnes ont engagé des relations sexuelles après la diffusion des premiers messages au sujet de l'infection HIV ou lorsqu'elles indiquent qu'elles sont susceptibles de le faire), cette dimension du problème peut être envisagée à différents niveaux. On peut en effet distinguer la question de la communication à propos du sida entre les personnes concernées de celle des modalités pratiques qu'elles mettent en oeuvre – sur le plan sexuel proprement dit ou encore sur celui de la recherche de partenaires – de manière à se sentir protégées.

En ce qui concerne tout d'abord la communication, on peut sans doute distinguer les situations dans lesquelles les personnes abordent la question du sida au moment d'engager des relations sexuelles de celles où elles ne le font pas. Encore pourra-t-on s'interroger sur la nature des informations échangées : s'agit-il d'un discours général sur la diffusion de l'épidémie, ou de propos spécifiquement reliés à la situation présente ? Une question connexe est celle des rapports de pouvoir, inhérente à toute relation de couple, et dont on peut s'attendre à repérer les manifestations aussi bien dans les négociations qui se tiennent le cas échéant au sujet de la manière de faire face au risque que dans le fait même d'aborder ou non cette question des risques encourus du fait de l'existence de l'infection HIV.

Quant à la dimension plus pratique de la gestion du risque elle-même, elle peut être envisagée à travers une analyse des justifications qui accompagnent les comportements sexuels et qui sont révélatrices des conceptions que les individus se font du risque. On sait que certains développent des pratiques de conjuration du danger, tandis que d'autres préfèrent y faire face, notamment en se référant de différentes manières aux préceptes médicaux (Von Allmen et al., à paraître). Il s'agira donc d'analyser les modalités selon lesquelles les individus «gèrent» le risque – au sens où ils se construisent des systèmes de légitimation en rapport avec les comportements qu'ils adoptent dans les rapports sexuels.

4. La question des tensions entre principes de prévention et logique de la relation

La question envisagée dans ce travail est celle de savoir comment se prennent les décisions en matière de gestion du risque du sida. Cette question est analysée en prenant en compte les dimensions qui ont été évoquées : les modes de fonctionnement de couple, incluant la sexualité en tant qu'élément de cette relation, et le rapport au corps et à la maladie.

Les individus sont pris d'une part dans un ensemble de déterminations ayant trait à leur représentation du couple et aux attentes qui y sont attachées, ainsi qu'à la place qu'ils assignent à la sexualité; d'autre part, ils sont également soumis à l'influence de modèles de représentations de la santé et de la maladie qui expliquent leurs perceptions et leurs habitudes dans la gestion ordinaire de la santé.

En fonction de la position des individus dans la dimension de la relation et dans celle du rapport au corps, la perception et le traitement du risque représenté par l'infection HIV diffèrent.

Quand on se situe dans un rapport réflexif au corps, il peut exister une tension entre les principes de prévention auxquels les personnes adhèrent et leur désir de s'engager dans des relations. Cette tension est renforcée si les informations diffusées à propos de l'épidémie sont alarmantes et si l'énoncé des prescriptions préventives se fait particulièrement persuasif. Elle est accentuée aussi lorsque les attentes relationnelles se font plus fortes : on imagine ici une situation où soit le contexte est plus permissif et incite à avoir des rapports sexuels, soit le désir de s'engager dans une relation est plus intense en raison de la rareté des partenaires potentiels.

Dans de telles situations on a affaire à un individu «pris entre deux feux», obligé d'arbitrer entre des logiques antagonistes auxquelles il est également attaché.⁴ Il en résulte des choix qui indiquent que la personne soit s'en tient d'une façon ferme à ses principes de prévention, soit se place dans une logique de l'exception, en privilégiant la sphère de l'affectif.

De telles tensions ont peu de place pour s'exprimer et être débattues lorsque la relation est de type fusionnel. En effet, la logique de ce type de relation empêche de soulever le problème du risque du sida autrement que comme une marque de défiance et de distanciation vis-à-vis de l'autre, ce qui s'inscrit entièrement en opposition avec l'idée de confiance sur laquelle la relation est

4 Pollak et Schilz (1987, 93) évoquent ce type de tension.

fondée. «La quête d'amour est incompatible avec une logique du soupçon» (Hubert et al., 1991, 28). On peut donc s'attendre à ce que les personnes engagées dans des relations de ce type gardent pour elles leurs inquiétudes.

Au contraire, les tensions entre principe de santé et principe de plaisir peuvent se manifester ouvertement dans le cas où la relation est de type associatif. La régulation contractuelle qui caractérise celle-ci dès son origine permet qu'une négociation prenne place entre les partenaires au sujet des risques que chacun encourt dans les rapports sexuels ou représente pour l'autre et au sujet de la manière de s'en protéger. Les solutions adoptées en pratique dépendent alors de la réaction du partenaire et du rapport de force qui s'instaure à l'intérieur du couple.

En principe, les tensions qui viennent d'être dites ne sont pas présentes chez les personnes qui ne se placent pas dans la logique réflexive. En effet, les individus qui se rattachent au modèle instrumental du rapport au corps ne peuvent pas percevoir le fait d'entretenir des relations sexuelles comme un événement pouvant avoir des répercussions sur le plan de la santé. Ils vivent le moment présent et ne se situent pas dans une problématique d'anticipation des conséquences de leur comportement et de gestion des risques qui en découlent. Ils ne prennent conscience des problèmes touchant à la santé que le jour où ceux-ci se posent concrètement. S'agissant de leurs relations sexuelles, ils ne perçoivent comme dysfonctionnement ou comme risque que les problèmes affectant le bon déroulement de l'interaction. On aurait donc affaire, dans leur cas, à une ségrégation complète des comportements de la sphère relationnelle et affective et des conduites ayant trait au corps et à la santé.

Cependant, les personnes qui se rattachent à ce type instrumental du rapport au corps ressentent bien un autre genre de tensions, étant elles aussi soumises aux messages et aux injonctions de la prévention qui revêtent en matière de sexualité, comme dans d'autres domaines, la légitimité forte associée au savoir médical. On peut penser qu'elles opèrent alors des ajustements limités dans leurs comportements, permettant de résoudre les tensions normatives qu'elles ressentent sans remettre en cause fondamentalement les attentes et les choix qu'elles ont faits dans la sphère relationnelle. Plutôt qu'à un arbitrage entre des tendances de sens opposé, on devrait avoir affaire dans ce cas à des styles d'argumentation ou à des stratégies de protection qui permettent aux individus d'atteindre les satisfactions affectives et sexuelles qu'ils visent, sans aller contre leurs penchants instrumentaux et en sauvant la face par rapport aux préceptes et aux recommandations diffusés par les campagnes de prévention.

5. Un modèle hypothétique des manières de faire face au risque du sida

Nous avons présenté les principaux paramètres qui peuvent, selon nous, rendre compte des choix et des ajustements que font les individus pour gérer le problème du sida dans les relations qu'ils engagent. Cette analyse devrait permettre de mieux comprendre dans quelles conditions, en nouant leurs relations amoureuses, les individus s'orientent vers une sécurité fondée sur les test médicaux et sur les moyens techniques de protection et dans quelles conditions ils privilégient plutôt une «sécurité relationnelle» fondée sur la confiance qui s'instaure par l'existence même d'un lien affectif.

Prenons les situations dans lesquelles les individus ont recours à une stratégie fondée sur des critères médicaux (utilisation de préservatifs, plus ou moins étendue dans le temps, recours au test, respect d'un principe de fidélité, etc.).

Il est très probable que ce mode de gestion du problème du sida s'observe chez les individus qui se situent dans une perspective préventive et qui développent leurs relations sur le mode associatif, ce qui permet la prise en considération du risque et éventuellement, selon l'issue des négociations entre les partenaires, la mise en oeuvre de moyens de protection correspondant aux normes de la prévention.

Mais la protection n'est pas réservée aux seuls individus qui développent tout un discours conscient de prévention. En effet, on pourra sans doute retrouver les mêmes comportements chez les personnes dont on a qualifié le mode de rapport au corps d'instrumental – sans que ces comportements reposent cette fois sur des anticipations préventives. La protection à l'égard du risque du sida ne se réfère pas alors à des préoccupations de santé. Il faut en rechercher l'explication dans d'autres registres, par exemple dans un certain conformisme social (l'individu cédant aux messages de la prévention ou aux pressions provenant des groupes sociaux auxquels il appartient). Une autre explication pourra sans doute être trouvée dans la volonté du sujet de préserver une distance par rapport au partenaire pour ne pas se sentir impliqué dans une relation (ce qui l'amènera à afficher le souci d'éviter une grossesse ou d'éluder toute responsabilité quant aux problèmes de santé encourus par le partenaire). Ce dernier type de conduite, dérivé en apparence d'une préoccupation relative à la santé, témoigne en réalité uniquement d'une logique de préservation de l'autonomie individuelle. Il se rattache donc clairement au mode de fonctionnement associatif décrit plus haut.

Evoquons maintenant les situations dans lesquelles les individus ne se réfèrent pas aux critères médicaux dans les décisions qu'ils prennent en ce qui concerne

la gestion du risque du sida (mais à leur propre capacité à choisir un partenaire ne présentant pas de risque ou à leur propre interprétation du développement de l'infection HIV).

Elles se présentent très probablement chez les personnes qui ont un rapport au corps de type instrumental. L'absence de la mise en oeuvre, à l'égard du risque du sida, d'une stratégie de protection axée sur les critères médicaux s'inscrit en effet dans le droit fil du modèle décrit : fatalisme, absence de prévision des risques en matière de santé, logique de la réparation. Cela ne veut pas dire que ces individus soient exempts de tout souci, mais ces derniers se manifestent *a posteriori* (ils peuvent conduire par exemple à faire appel à des tests à répétition).

Une autre situation où l'on ne se protège pas selon les critères de la prévention concerne les personnes qui se rattachent au type réflexif et qui développent leurs relations sur le mode fusionnel. Ces personnes peuvent laisser au second plan leurs préceptes préventifs à l'issue d'un conflit entre logique de prévention et logique fusionnelle, lorsque l'emportent le désir de nouer une relation ou l'inquiétude de la voir se rompre. Cette exception ne se fait pas sans mauvaise conscience pour le sujet et peut conduire ultérieurement à une rectification du comportement et à une restauration des pratiques préventives.

On se demandera également si de telles conduites «risquées» ne s'observent pas chez d'autres personnes qui s'inscrivent aussi dans la perspective du rapport au corps réflexif, mais pour qui la sexualité ne fait pas partie des pratiques englobées par les préoccupations de santé. Ces dernières peuvent concerner l'alimentation, l'hygiène ou les pratiques sportives, mais ne sont pas forcément étendues à tous les aspects de l'existence; on peut donc supposer qu'il existe des sujets chez qui l'extension du souci préventif ne va pas jusqu'à englober le domaine des échanges sexuels.

6. Modalités de validation envisagées dans le cadre de la recherche en cours

Une recherche est actuellement en cours afin de vérifier le modèle hypothétique présenté ci-dessus. Nous allons présenter brièvement la population étudiée de même que la méthodologie utilisée.

Les questions de recherche sont abordées en s'adressant à un groupe-cible constitué par un ensemble d'adultes qui, ayant déjà fait l'expérience d'une vie de couple, se trouve (à la suite d'une rupture) dans une situation de choix en ce

qui concerne la recherche de partenaire(s) ou la recomposition d'une nouvelle union. Ainsi, ces hommes et ces femmes, après avoir vécu un mariage, une période de concubinage ou une autre forme de liaison durable, vivent aujourd'hui seuls, sans pour autant que cela exclue une éventuelle relation amoureuse avec un ou plusieurs partenaires. Ces personnes sont donc susceptibles d'être engagées, soit dans des liaisons passagères, soit dans la recomposition d'une cellule de type conjugal, soit encore de renoncer (provisoirement ou non) à la recherche d'un nouveau partenaire.

Considérée sous un autre angle, la population envisagée est relativement libre de ses engagements. A la différence des jeunes qui n'ont pas encore vécu une première union, ces personnes sont censées être autonomes par rapport à leur famille d'origine. A la différence des adultes vivant en couple, il s'agit de personnes qui ne sont pas socialement tenues de préserver la cohésion d'une relation conjugale existante et pour qui la recherche de partenaires et de nouveaux choix affectifs apparaît entièrement légitime. Il s'agit du même coup de personnes pour qui, dans le contexte actuel de l'épidémie du sida, la question des risques encourus se pose d'une manière concrète et intense, en raison de la diffusion de l'infection HIV dans le public. La population ainsi définie présente les caractéristiques voulues pour illustrer, d'une manière empirique, les processus décisionnels qui ont cours lorsqu'il s'agit de faire la part des risques encourus dans les engagements affectifs et sexuels.

La recherche a donc les objectifs suivants :

- étudier les critères qui président à la recherche et au choix de partenaires. Il s'agit d'explorer les relations affectives, leur apparition et les limites que les individus fixent au développement de celles-ci en fonction des enjeux ou des risques qu'elles comportent et des perspectives d'avenir qui y sont attachées;
- examiner la manière dont on communique au sujet du sida, les échanges d'informations et les pratiques de protection éventuellement mises en oeuvre;
- analyser les *transformations des comportements* face au risque du sida. Il s'agit en particulier d'évaluer la place que les individus accordent aux risques encourus au niveau de la santé par rapport aux avantages relationnels et pratiques auxquels ils s'attendent en faisant entrer un nouveau personnage dans leur existence quotidienne.

La réalisation de cette recherche repose sur une approche qualitative auprès d'hommes et de femmes se trouvant hors d'un couple cohabitant. Une pré-enquête a été effectuée, sous la forme d'entretiens approfondis auprès d'un ensemble de personnes (portant sur leur situation familiale, leur rapport à la

santé ainsi que sur leurs opinions relatives au sida); elle a permis d'élaborer la problématique de la recherche et de mettre au point le guide d'entretien.

Une première enquête a comporté des entretiens approfondis auprès de 120 personnes (80 en Suisse romande, 20 au Tessin, 20 en Suisse allemande). Ces entretiens doivent permettre de recueillir des données factuelles centrées sur les thèmes suivants : la perception du risque du sida, la description d'une relation en cours ou passée comprenant l'évocation des critères de choix du partenaire, des modalités de communication au sujet du sida et les attentes à l'égard de la relation, les stratégies éventuelles de rencontre de nouveaux partenaires, avec les attentes qui leur sont associées, la place de la sexualité dans les relations ainsi que les rapports au corps et à la santé. Les données démographiques usuelles ont également été recueillies.

Ces entretiens sont répétés auprès des mêmes personnes à un intervalle d'un an pour tenir compte des évolutions tant de la situation personnelle des interviewés que du changement de conjoncture en ce qui concerne la problématique du sida. Il s'agit de repérer les changements intervenus dans les relations avec les partenaires, en tenant compte, d'une part, des rencontres et des expériences faites par la personne dans l'intervalle et, d'autre part, des évolutions survenues au plan de la maladie, de son traitement et des campagnes de prévention. Rappelons que l'avantage d'une étude longitudinale auprès des mêmes personnes est de permettre la comparaison des changements intervenus dans les comportements relatifs à la sexualité en tenant compte, à la fois, des expériences personnellement vécues dans l'intervalle et des évolutions survenues au plan de la diffusion de la maladie. Des entretiens ont également été effectués auprès de personnes vivant dans un couple cohabitant et stable, à titre de population-témoin.

Les personnes enquêtées ont été contactées par une méthode en «boule de neige» en diversifiant le plus possible les contacts initiaux. La réalisation et l'enregistrement des entretiens n'a pas soulevé de résistances : la totalité des contacts engagés a abouti à des interviews. L'ensemble des questions prévues a pu être abordé. L'ensemble des personnes contactées a accepté le principe d'un deuxième entretien et a en effet tenu cet engagement lors de notre deuxième sollicitation. En outre, de nouveaux contacts nous ont été fournis par les personnes enquêtées elles-mêmes.

L'analyse des données se poursuit actuellement selon les lignes d'hypothèses esquissées dans cet article. En l'état actuel de cette exploitation, certaines confirmations paraissent acquises, par exemple l'importance accordée aux modalités de l'engagement dans les relations.

Malgré son caractère provisoire, le présent travail de conceptualisation veut témoigner d'un souci de construire une approche des questions relatives à la gestion du risque du sida appuyé sur les connaissances et les perspectives sociologiques actuelles touchant aussi bien au fonctionnement des couples qu'à la gestion des risques en matière de santé. Il y a certes une difficulté inhérente à la compréhension de phénomènes intimes tels que la mise en couple et le passage à la sexualité, mais on sait que de tels comportements, pour privés qu'ils apparaissent, s'inscrivent néanmoins dans les grandes tendances qui caractérisent le rapport à soi-même ou le rapport à autrui.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Von ALLMEN Malik, BASTARD Benoit, CARDIA-VONÈCHE Laura (1987), «Espaces sociaux, temps de l'échange et rapports familiaux : une perspective typologique», in BAWIN-LEGROS Bernadette, Ed., Actes du colloque «La dynamique familiale et les constructions sociales du temps», Université de Liège, 121-164.
- Von ALLMEN Malik, BASTARD Benoit, CARDIA-VONÈCHE Laura (1987), «Fonctionnement familial et rapport à la santé : essai d'analyse typologique», *Revue internationale d'action communautaire*, 18/58, 67-77.
- Von ALLMEN Malik, BASTARD Benoit, CARDIA-VONÈCHE Laura, LANGUIN Noëlle (1989), «Les représentations de la santé dans la famille : une analyse exploratoire», in D'HOUTAUD A., FIELD M., GUEGUEN R., Eds., *Les représentations de la santé : bilan actuel, nouveaux développements*, colloque INSERM, Editions INSERM, Paris, 297-312.
- Von ALLMEN Malik, BASTARD Benoit, CARDIA-VONÈCHE Laura (à paraître), «Perspectives matrimoniales et perception du risque du sida. Le cas des femmes divorcées.»
- BOLTANSKI Luc (1968), «La découverte de la maladie», Centre de sociologie de l'enseignement et de la culture, Maison des sciences de l'Homme, Paris, dact.
- BOZON Michel (1990), «La nouvelle place de la sexualité dans la constitution du couple», Congrès mondial de l'Association internationale de sociologie, Madrid, 8-13 juillet 1990.
- CARDIA-VONÈCHE Laura, BASTARD Benoit (1991), «Principes diététiques et fonctionnement familial. Une analyse de la formalisation et de la diffusion des normes en matière d'alimentation», in COMMAILLES Jacques et DE SINGLY François, Eds., *Normes juridiques et régulation sociale*, LGDJ, Paris, 343-355.
- EUROPEAN COMMUNITY CONCERTED ACTION ON SEXUAL BEHAVIOR & RISKS OF HIV INFECTION (1991), Workshop 2, Cross-National Analysis of Sexual Behavior & Risks of HIV Infection, Sesimbra (Portugal), 31 octobre-2 novembre 1991.
- DODIER Nicolas (1986), «Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail», *Revue française de sociologie*, XXVII, 603-628.
- GARCIA-WEREBE Maria José (1980), «Principaux courants d'étude de la sexualité humaine», *Bulletin de psychologie*, tome XXXIV, n° 348.
- HUBERT Michel, PETO Danièle, RÉMY Jean, VAN CAMPENHOUDT Luc (1992), «Modes d'adaptation au risque du sida dans les relations hétérosexuelles», Centre d'études sociologiques, Facultés universitaires de Saint-Louis, Bruxelles.

- KELLERHALS Jean, COENEN-HUTHER Josette, LANGUIN Noëlle (1990), «Familles suisses d'aujourd'hui : évolution récente et diversité», *Cahiers médico-sociaux* 34/1, Genève, 7-31.
- KELLERHALS Jean, MONTANDON Cléopâtre ii (1991, a), *Les stratégies éducatives des familles, milieu social, dynamique familiale et éducation des pré-adolescents*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, Paris.
- FLEINER-GERSTER Thomas, GILLIAND Pierre, LÜSCHER Kurt, Eds. (1991), *Familles en Suisse*, Editions Universitaires de Fribourg, Fribourg, 195-208.
- OSIEK-PARISOD Françoise (1990), *C'est bon pour ta santé ! Représentations et pratiques familiales en matière d'éducation à la santé*, Cahier No 31 du Service de la recherche sociologique, Genève.
- PIERRET Jeanine (1984), «Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essone, l'Hérault», in AUGÉ M. et HERZLICH C., *Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions des archives contemporaines, Paris, 217-256.
- POLLAK Michael, SCHILZ Marie-Ange (1987), «Identité sociale et gestion d'un risque de santé : les homosexuels face au sida», *Actes de la recherche en sciences sociales*, 68, 77-102.
- ROUSSEL Louis (1989), *La famille incertaine*, Odile Jacob, Paris.
- TROUTOT Pierre-Yves, MONTANDON Cléopâtre (1988), «Systèmes d'action familiaux, attitudes éducatives et rapport à l'école : une mise en perspective typologique», in PERRENOUD Philippe et MONTANDON Cléopâtre, Eds., *Qui maîtrise l'école ?*, *Réalités Sociales*, Lausanne, 133-153.

Adresse des auteurs :

Laura Cardia-Vonèche, Françoise Osiek
 Université de Genève, Institut de médecine sociale et préventive
 Centre médical universitaire
 1, rue Michel-Servet, CH-1211 Genève 4
 Benoit Bastard
 Centre de sociologie des organisations, CNRS
 19, rue Amélie, F-75007 Paris

INTERNATIONAL SOCIOLOGY

RECENT CONTENTS

Revolution in Spiritless Times. An Essay
on Michael Foucault's Enquiries into the
Iranian Revolution

Georg Stauth

Ethnicity, Nationalism, Race, Minority: A
Semantic/Onomantic Exercise (Part One)

Fred W. Riggs

Convergence and Divergence in the
Status of Moslem Women: The Cases of
Turkey and Saudi Arabia

Yakin Ertürk

Collective Assertion Strategies of
Immigrants in Switzerland

Claudio Bolzman and Rosita Fibbi

Art at Risk in the Hands of the Museum:
From the Museum to the Private
Collection?

Daniel Vander Gucht



Edited by *Richard Grathoff*

*'International Sociology can be
relied upon to include something
of interest and reward, for a range
of tastes and specialisms, in
practically every number.'*

Times Higher Education Supplement

Published in March, June, September and
December

**Make sure you subscribe now!
Use the order form below and save 20%**

20% Discount Order Form

Send this order form to:



Sage Publications

6 Bonhill Street, London EC2A 4PU, UK

Tel: 071-374 0645

Or why not fax us your order on
071-374 8741?

US Orders to:

Sage Publications, PO Box 5096, Newbury
Park, CA 91359, USA

☐ Yes! I want to subscribe to *International
Sociology* at a **20% Discount**

☐ Individual Rate at £21 (£27*)/ \$36 (\$45*)

☐ Institutional Rate at £54 (£68*)/ \$89 (\$112*)

*Usual rate

Name _____

Address _____

THREE WAYS TO PAY!

☐ **CHEQUE!**... I enclose a cheque
(made payable to Sage Publications)

☐ **GIRO!**... I have today paid by
International Giro to A/c No 548 0353

Date _____

☐ **CREDIT CARD!**... Please charge
my credit card

☐ Mastercard ☐ Access ☐ Visa

☐ Barclaycard ☐ American Express

☐ Diner's Club ☐ Eurocard

Card Number _____

Expiry Date _____

Signature _____

Date _____