



## L'analyse des comportements face au risque de contamination par voie sexuelle du VIH : enjeux théoriques et préventifs des différentes approches en santé publique

*En santé publique, différentes approches sont proposées pour tenter d'expliquer le décalage entre les connaissances que les individus peuvent avoir de l'exposition au risque et les comportements qu'ils adoptent. En s'appuyant sur l'exemple de la transmission sexuelle de l'infection à VIH, cet article se propose de mettre à jour les enjeux théoriques et préventifs qui sous-tendent ces différentes approches. On distinguera d'un côté les recherches dites objectivistes qui postulent que la perception du risque est fortement liée à la manière dont les individus transforment l'information préventive et qui accordent une prééminence aux préoccupations sanitaires des individus et, d'un autre côté, les recherches dites constructivistes qui*

*considèrent que le risque n'est pas une donnée préalable à l'expérience sociale de l'acteur et que les individus construisent leur propre définition du risque en fonction de leur appartenance sociale, de leur trajectoire de vie et du contexte relationnel dans lequel ils se trouvent. Ces approches apparaissent complémentaires, les premières permettant surtout d'identifier les caractéristiques des individus plus exposés que les autres au risque d'infection à VIH tandis que les éléments issus des approches constructivistes apparaissent plus intéressants à prendre en compte pour définir le contenu des politiques de prévention.*

L'analyse des comportements humains face au risque dans le domaine de la santé est traitée par différentes disciplines qui concourent à la santé publique : la sociologie, la psychologie, l'épidémiologie, l'économie. Les présupposés théoriques et les méthodologies mises en œuvre diffèrent selon les disciplines et au sein même d'une discipline considérée. Cet article se propose de mettre à jour, à partir d'une analyse critique des recherches sur le risque de contamination par le VIH, les enjeux théoriques et préventifs qui sous-tendent les différentes approches de l'analyse du risque. Le champ du Sida offre en

effet une opportunité unique, compte tenu du nombre de recherches développées ces dernières années, en France en particulier, pour essayer de comprendre les processus de prise de risque. Nous nous appuyons ici essentiellement sur les recherches françaises car leur pluralité permet d'illustrer notre propos.

Il convient tout d'abord de rappeler qu'en France, comme dans la plupart des pays, les recherches ont été initiées dans un contexte particulier, celui de la perception d'une urgence face à une maladie mortelle. Il était donc nécessaire de mobiliser rapidement les équipes de chercheurs. Les

recherches avaient d'emblée une visée opérationnelle : il s'agissait de décrire les comportements de la population pour identifier les groupes devant faire l'objet d'une attention particulière dans les campagnes de prévention et d'essayer de comprendre les processus conduisant les individus à s'exposer à un risque de contamination pour renseigner le contenu des politiques préventives. Ces recherches se sont lancées alors que les modèles théoriques sur la prise de risque dans le domaine de la sexualité étaient peu développés. Face à l'urgence de la situation et devant la nécessité de recueillir le plus rapidement possible

des données qui pourraient constituer une base de référence pour aider ultérieurement à évaluer les campagnes de prévention, plusieurs équipes ont choisi de ne pas privilégier la réflexion théorique en amont de l'élaboration de protocole de recherche.

Les premières enquêtes sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques (enquêtes KABP\*) [1] ont montré qu'il existait un décalage entre connaissance et comportement dans le domaine de l'infection à VIH, décalage qui était déjà enregistré dans de nombreux autres domaines en santé publique. C'est sur la manière de poser les termes de ce décalage et d'en analyser les déterminants que divergent fondamentalement les recherches. En particulier, elles divergent quant au statut qu'elles accordent au risque et cette distinction ne recouvre pas nécessairement, comme on le verra, les clivages disciplinaires. Si toutes les recherches s'accordent à reconnaître que les individus vont opérer un travail d'interprétation de la définition du risque proposé dans le discours préventif, la manière de conceptualiser ce travail d'interprétation diffère fortement selon les recherches. Certaines, que nous qualifierons d'objectivistes, postulent que la perception qu'un individu a du risque de contamination va déterminer son comportement face au risque et que cette perception est fortement liée à la manière dont les individus transforment l'information qui leur est délivrée dans les messages préventifs. La définition institutionnelle et technique du risque, issue des connaissances épidémiologiques, est alors considérée comme un postulat pour l'analyse [2]. D'autres, que nous qualifierons de constructivistes, postulent que le risque n'est pas une donnée préalable à l'expérience sociale de l'acteur et que les individus construisent leur propre définition du risque en fonction de leur appartenance sociale, de leur trajectoire de vie et du contexte relationnel dans lequel ils se trouvent.

Nous nous attacherons dans un premier temps à mettre à jour les cadres

conceptuels qui sous-tendent ces différentes recherches. Puis nous essaierons d'envisager, en nous appuyant sur quelques exemples tirés de ces recherches, les implications en matière de prévention.

### L'approche objectiviste du risque

Les consignes préventives qui préconisent (par exemple) l'utilisation de préservatifs avec tous les nouveaux partenaires laissent nécessairement une place à l'interprétation, sauf à utiliser des préservatifs dans toutes les circonstances et avec n'importe quel partenaire et tout au long de sa vie sexuelle. Les recherches dites objectivistes considèrent que si les individus connaissent les modes de transmission du virus du Sida et ont un comportement dit à risque, c'est parce qu'ils n'évaluent pas correctement le risque inhérent à une situation donnée et que leur perception du risque s'en trouve faussée. Ce travail d'évaluation est affecté par leurs conceptions préliminaires qui agissent comme des filtres qui permettent de décoder et de donner un sens aux informations reçues. La décision d'adopter un comportement de prévention est donc pensée comme un acte individuel qui résulte principalement des processus de traitements de l'information. L'hypothèse implicite qui sous-tend cette approche est que la protection de sa santé est la chose la plus importante pour un individu, la plus déterminante pour expliquer ses pratiques. Le comportement de préservation de la santé étant considéré comme naturel et premier, ce sont les écarts à ce comportement qui constituent la «variable à expliquer». Les recherches se structurent alors autour de la question suivante : qu'est-ce qui fait que les individus adoptent un comportement qui s'écarte de la définition préventive d'une sexualité sans risque? Différentes hypothèses sont alors posées pour tenter d'expliquer «l'irrationalité sanitaire» du comportement des individus. Même si dans les variables explicatives des logiques de comportement comme la peur de se retrouver seul(e) ou l'influence du comportement des pairs sont explorées,

leur rôle va être interprété au regard d'une logique sanitaire. Cette logique sanitaire est en outre appréhendée en termes de «tout ou rien» (s'exposer au risque ou non) et se réfère donc implicitement à une norme de risque nul. La démarche d'analyse consiste alors à identifier les facteurs liés à l'adoption d'un comportement donné (exemple : utiliser un préservatif) en ayant recours à des approches comparatives fondées sur la constitution de groupes ayant différents niveaux d'exposition effective au risque. Plusieurs recherches, telles les enquêtes KABP, les analyses sur le préservatif issues de l'enquête sur les comportements sexuels en France et d'autres enquêtes de type «socio-épidémiologique» se situent dans cette perspective [3].

On retrouve là la démarche classique d'analyse en épidémiologie. Pour identifier des facteurs de risque, les quantifier et, si possible, interpréter leur rôle, l'épidémiologiste sépare la population en groupes distincts (malades/non malades, exposés/non exposés) puis compare les caractéristiques des membres des groupes ainsi définis.

Plusieurs approches en psychologie sociale se situent également dans une telle démarche [4]. La littérature internationale, et en particulier la littérature anglo-saxonne, abonde de recherches qui s'y réfèrent plus ou moins explicitement [5, 6]. Dans ces recherches, la «prise de décision» (avoir un comportement à risque) est conçue comme un acte individuel, volontaire, au mieux soumis à l'influence du milieu socio-culturel d'appartenance, résultant de la perception des risques et d'éventuels avantages et inconvénients de la protection. Le *Health Belief Model* est le plus connu de ce type d'approche et a donné lieu au plus grand nombre d'adaptations. Ce modèle postule que la décision d'adopter un comportement résulte d'un effet multiplicatif de différents facteurs qui regroupent la perception de sa propre vulnérabilité à un risque, celle de la gravité des conséquences du risque, des coûts et bénéfices liés à l'adoption de moyens de prévention, des stimulus extérieurs (conseils d'un médecin par exemple), de facteurs démogra-

\* KABP: knowledge, attitudes, beliefs and practices.

phiques, psycho-sociologiques, structurels [7]. Dans la même logique, on peut situer la théorie de l'action raisonnée [8]. Les théories de l'apprentissage social, comme la théorie de la *self efficacy* [9], s'intéressent également aux processus cognitifs de traitement de l'information et insistent quant à elles sur l'identification des conditions liées à l'environnement qui conduisent à l'acquisition et au maintien des comportements, en distinguant plusieurs phases dans le processus de changement (sensibilisation qui conduit à la recherche d'information/tentative de protection/retour éventuel à des comportements à risque/adoption sur le long terme de comportements protégés). Ces modèles ont été appliqués au risque de contamination par voie sexuelle du virus du Sida alors même que la conception de la conduite comme un ensemble de composantes hiérarchisées (cognitives, affectives, comportementales), selon laquelle les modifications de comportements succéderaient à celles des autres niveaux de conduite, avait déjà été largement critiquée [10].

En économie, le modèle de l'utilité espérée, qui représente la modélisation classique en micro-économie des rationalités individuelles face au risque et à l'incertain, s'inscrit également dans ce premier type de recherches. Ce modèle stipule qu'un individu adoptera tel comportement si et seulement si l'utilité espérée de ce comportement est supérieure à celle de la non-adoption de ce comportement, par exemple utiliser un préservatif, renoncer à un rapport sexuel. L'utilité espérée est fonction de l'estimation par l'individu de la probabilité que le rapport soit infectant [11].

En résumé, ces approches objectivistes, qui accordent une prééminence aux préoccupations sanitaires des individus, supposent que la décision résulte avant tout des processus de traitement de l'information et qu'elle appartient à un individu, indépendamment du contexte relationnel et du contexte social dans lesquels se produit le rapport sexuel. De fait, elles proposent une vision assez statique de l'adaptation au risque qui

suppose que l'individu est doté de caractéristiques qui vont déterminer sa capacité d'adopter un comportement indépendamment de la situation dans laquelle il se trouve.

### L'approche constructiviste du risque

D'autres recherches considèrent que le risque n'est pas une donnée qui existe indépendamment de l'acteur. Les individus construisent leur propre définition en s'appuyant certes sur les informations diffusées dans les messages préventifs mais aussi et surtout en fonction de leur expérience sociale et du type de relation sexuelle dans laquelle ils sont engagés. La prise de risque ne résulte pas d'une mauvaise interprétation du discours préventif mais d'une incompatibilité entre la définition préventive du risque et la définition que les individus élaborent. Les recherches visent ainsi à analyser les logiques sociales et psychologiques qui président à la construction du risque comme une éventualité à prendre en compte par les individus.

Contrairement aux recherches du premier groupe, aucune prééminence n'est accordée *a priori* à la logique sanitaire ; il s'agit d'étudier comment elle s'articule aux autres logiques d'ordre sociologique ou psychologique, considérant qu'elle peut présenter un caractère contradictoire avec ces autres logiques, ou au contraire les renforcer. Les individus étant confrontés à une multitude de risques, ils sont nécessairement amenés à opérer une sélection et la priorité qu'ils accordent à certain(s) d'entre eux dépend des autres risques auxquels ils sont susceptibles d'être confrontés. Ainsi, ce type d'approche permet de tenir compte d'une hiérarchisation des risques que les individus opèrent et de ne pas dissocier le risque de contamination d'autres risques en matière de sexualité (comme celui de ne pas plaire, de ne pas « être à la hauteur ») ou de risques qui relèvent d'autres domaines (vie sociale, professionnelle). Les recherches françaises sont largement représentées dans ce type de démarche et proposent des approches variées.

Certains travaux, en particulier ceux de Pollak et Schiltz [12, 13] et ceux de Paicheler et Queminn [14], s'inspirent du courant théorique développé par le sociologue Bourdieu [15]. Ils montrent l'effet du capital culturel sur l'adoption de comportements de protection. Pour Bourdieu, « les représentations des agents varient selon leur position (et les intérêts qui leur sont associés) et selon leur habitus. L'habitus est à la fois un système de schèmes de production de pratiques et un système de schèmes de perception et d'appréciation des pratiques. Et, dans les deux cas, ses opérations expriment la position sociale dans laquelle il s'est construit ».

L'analyse culturelle du risque, qui a été reprise notamment dans les recherches de Calvez [16], est une autre approche théorique qui vise également à analyser les processus de construction du risque. C'est un courant de recherche issu de l'approche anthropologique de Douglas pour qui la plupart des cultures développent un terme commun qui traverse l'ensemble social pour moraliser et politiser les dangers [17]. Les notions de dangers et de tabous remplissent cette fonction dans les discours religieux et la notion de risque remplit une fonction comparable dans le contexte de scepticisme religieux qui caractérise les sociétés industrielles. Selon Douglas, l'affiliation d'un individu à une structure sociale donnée détermine les processus de sélection et de construction des risques. A chaque structure sociale (au sens d'activités et de groupements sociaux légitimés par l'usage) correspond un ensemble de principes et de justifications et un système de responsabilités mutuelles, constitutif d'une conscience collective, qui permettent aux individus de s'orienter dans leurs relations avec autrui et d'attribuer des significations à leurs actions. Comme le note Calvez [16], « les institutions sociales contribuent ainsi à déterminer les catégories de pensée des individus et, en retour, les risques sélectionnés par une communauté contribuent à la définir en élaborant en quelque sorte une morale à défendre et une identité. (...) L'analyse culturelle vise

donc à rendre compte des perceptions du risque que l'attachement à un type d'institution sociale génère et de ses externalités en matière de prise de risque ». Les travaux de Coppel *et al.* [18] sur les jeunes des quartiers à risque se situent également dans cette logique et visent à analyser l'inscription des comportements sexuels dans les réseaux relationnels. Ces réseaux offrent un cadre d'expérimentation et délimitent la marge de manœuvre des individus, en contribuant à construire une culture des relations affectives et sexuelles. Vecteur d'information, le réseau est aussi vecteur d'innovation, c'est en son sein que se forment de nouvelles normes de comportements, y compris celles relatives à la protection [18].

Enfin, la recherche de Bastard et de son équipe [19] est la seule qui constitue comme objet central d'analyse la manière dont les individus s'engagent dans les relations affectives et sexuelles et la pose comme déterminante pour comprendre les modes d'adaptation au risque. Elle s'inscrit dans un nouveau champ de recherche qui développe une perspective théorique autour de l'approche relationnelle [20]. L'approche relationnelle vise à expliquer les comportements par les caractéristiques de la relation (sa structure, les règles de l'échange, les rapports de pouvoir entre les partenaires – rapports amoureux, rapports sociaux de sexe –, la dynamique, ses transformations, sa place dans un système relationnel plus large...). Dans cette optique, le comportement face au risque est posé comme constitutif de la relation; il n'est pas la simple conséquence de facteurs extérieurs et antérieurs. Les enjeux de santé sont intégrés comme ressources au bénéfice d'enjeux relationnels. Il ne s'agit pas d'une simple tension entre une logique de santé et une logique de l'émotion [20]. La prise de risque peut faciliter la construction d'une nouvelle identité, une quête de reconnaissance, permettre des actions qui visent à consolider la relation ou la conduire à son terme. Selon Van Campenhoudt [20], la prise de risque peut donc procurer des bénéfices relationnels au regard desquels les préoccupations de santé peuvent

s'avérer accessoires. La prise de risque peut ainsi apparaître comme relationnellement rationnelle. Cette dernière approche se distingue fortement des autres approches constructivistes présentées en ce sens qu'elle postule que les relations entre individus ont autant de « réalité » que les individus eux-mêmes. Pour Van Campenhoudt (communication personnelle), les sciences sociales sont alors quelque peu anachroniques par rapport aux traits dominants de la culture individualiste actuellement dominante dans le monde. Il ne s'agit pas pour autant de remplacer simplement l'individu par la relation pour comprendre les comportements préventifs, au risque d'en revenir à une approche de type objectiviste, mais bien plutôt d'étudier comment des groupes sociaux, en interaction avec leur environnement social et entre partenaires, construisent leurs rapports à la sexualité, à la maladie et à la mort.

### **Comportements sexuels et risque d'infection à VIH**

Les approches objectivistes ont longtemps dominé la littérature sur les risques sexuels dans le domaine de l'infection à VIH [5]. C'est en partie pour cette raison d'antériorité que les approches constructivistes ont critiqué les fondements théoriques des approches objectivistes plutôt que le contraire. De nombreuses critiques ont reproché à ces modèles de s'appuyer sur une vision d'un individu rationnel dont le comportement serait déterminé par un calcul de type « coût bénéfice » des avantages et des inconvénients liés à l'acte préventif [6]. D'autres auteurs [20, 21] considèrent que ce n'est pas tant le postulat de l'acteur rationnel qui est critiquable que l'idée qu'il puisse prendre une décision seul, indépendamment du contexte social et relationnel dans lequel il se trouve. Si le pouvoir prédictif des modèles utilisés dans les approches objectivistes pour expliquer les comportements de prise de risque et les changements de comportements apparaît faible [19, 22, 23], ils ont néanmoins permis d'identifier nombre de variables liées à la prise de

risque. Ainsi, Moatti *et al.* [6], dans une revue de la littérature, ont retrouvé citées à plusieurs reprises des variables comme le statut socio-économique, l'appartenance culturelle, l'âge, la consommation d'alcool et de drogues, le soutien des pairs, la perception des coûts psychologiques de la prévention, le sentiment d'être capable de faire face à une situation. Certaines recherches ont également mis en évidence que l'adoption d'un comportement de prévention dépend fortement du contexte social dans lequel se situe la relation sexuelle et du type de relation : un individu n'adopte pas les mêmes comportements avec ses différents partenaires [24]. Les analyses de type objectiviste qui cherchent à identifier les facteurs d'utilisation du préservatif en dehors d'un contexte relationnel donné trouvent ici leur limite. Par ailleurs, les recherches ont montré qu'il existait une grande diversité des modes d'adaptation au risque [25]. Les « stratégies » d'adaptation vont bien au-delà de l'utilisation du préservatif et se conjuguent le plus souvent (abstention, sélection des partenaires, diminution des partenaires, recours au test). Cette diversité des modes d'adaptation au risque questionne la démarche des recherches de type « objectiviste », qui simplifient l'adoption de comportement de prévention en « dichotomisant » le plus souvent la variable à expliquer, et qui privilégient d'ailleurs dans cette perspective l'utilisation du préservatif par rapport aux autres stratégies. En outre, plusieurs recherches [5, 25] montrent également que l'adaptation au risque ne se traduit pas par un « degré zéro » d'exposition au risque, contrairement à ce que supposent implicitement les recherches objectivistes, à l'exception de celle qui se réfère à la théorie de l'utilité espérée. En dépit de leurs limites, ces recherches ont permis d'identifier des groupes de population plus exposés que les autres au risque d'infection à VIH et de suivre l'évolution des différents comportements préventifs dans le temps. Elles sont donc indispensables pour l'élaboration des politiques de prévention. S'agissant du contenu du discours préventif, les élé-



ments issus des approches constructivistes apparaissent plus intéressants à prendre en compte. Plusieurs exemples attestent que les processus de construction du risque sont liés à la situation sociale et affective des individus et que ces processus engendrent des modes particuliers d'adaptation face au risque de transmission sexuelle du virus du Sida. Le capital social et culturel des individus apparaît ainsi déterminant dans plusieurs analyses. Pollak et Schiltz montrent ainsi que le fait de prendre des précautions est lié à l'habitude et/ou à la volonté de prévoir l'avenir. D'une part, « cette habitude a peu de chance de se développer dans des conditions matérielles et culturelles qui favorisent la vie au jour le jour. D'autre part, la volonté de prévoir est, par ailleurs, contraire à certains conditionnements psychologiques extrêmes engendrés par le sentiment d'exclusion sociale » [12]. Schiltz montre, quelques années plus tard, que ce constat reste d'actualité chez les jeunes homosexuels. « L'âge apparaît être le premier facteur discriminant. L'assurance augmente et le jeune décrypte mieux les codes du milieu, se sent plus à l'aise et mieux accepté. Le milieu social est également très déterminant et ceux qui ont un capital scolaire et social faible sont plus exposés et ont plus de mal à imposer une attitude de protection » [26].

Les processus de construction du risque dépendent également de l'affiliation d'un individu à une structure sociale donnée. Calvez [16] montre, par exemple, que les individus qui se rattachent à une structure dite d'isolement, qui se caractérise par l'absence d'institutions propres qui soient aptes à porter les revendications des individus, bien que se percevant extrêmement vulnérables développent alors des attitudes fatalistes vis-à-vis du risque de transmission du Sida. Les individus sont perméables à une information extérieure mais celle-ci n'a pas de prise sur des principes sociaux pour promouvoir des attitudes préventives. Les analyses de Coppel *et al.* sur les jeunes des banlieues montrent que les systèmes de catégorisation des partenaires sont élaborés par le groupe et que les conduites

préventives dépendent de cette catégorisation. Par ailleurs, le risque de survie sociale apparaît souvent prioritaire et, dans ces conditions, on observe un certain fatalisme vis-à-vis du Sida [18].

Il importe de souligner que la primauté accordée aux modes de vie au détriment des conditions de vie dans la plupart des enquêtes conduit à sous-estimer les fondements structurels des comportements. En dépit de leurs limites, ces approches dites constructivistes, qui ne postulent pas que la logique de préservation de la santé est nécessairement première, apportent des éléments pour comprendre pourquoi les modifications de comportement sont d'autant moins probables que les individus cumulent des marginalités sociales, sexuelles, affectives. Les dotations en ressources économiques, sociales, et culturelles apparaissent déterminantes pour répondre aux sollicitations des politiques de prévention. Comme le souligne Calvez (communication personnelle), la prise de risque ne provient pas d'une faiblesse humaine mais procède d'une expérience sociale qui ne permet pas aux individus de relier la question des risques liés à la sexualité aux situations dans lesquelles ils se trouvent et qui ne fournit pas les principes pour orienter leurs conduites préventives. La persistance de comportements à risque ne saurait donc résulter d'un simple problème de perception du risque ou d'accès à l'information et les politiques de prévention qui se structurent autour de la simple diffusion de l'information ont une efficacité limitée. Comme dans de nombreux domaines de santé publique, la transformation d'une pratique met en jeu un ensemble d'éléments qui échappent en grande partie à la volonté des individus à laquelle on fait généralement appel [27]. L'analyse des comportements individuels face au risque ne saurait ainsi faire oublier l'importance primordiale des conditions économiques et politiques dans la diffusion d'une épidémie et les limites des politiques de prévention exclusivement fondées sur la responsabilisation individuelle ■

## Nathalie Bajos

Chargée de recherche à l'Inserm, Inserm U. 292, Hôpital de Bicêtre, Secteur Bleu Pierre Marie, 82, rue du Général-Leclerc, 94276 Le Kremlin-Bicêtre Cedex, France.

## RÉFÉRENCES

1. Moatti JP, Dab W, Pollak M, *et al.* Les attitudes et comportements des Français face au Sida. *La Recherche* 1990; 223: 888-95.
2. Augé M, Herzlich C. *Le sens du mal*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 1984.
3. Bajos N, Ludwig D. Risque construit et objectivation du risque: deux approches de l'adaptation au risque de transmission sexuelle du Sida. In: Bajos N, Bozon M, Giami A, Souteyrand Y, Doré V, eds. *Sexualité et Sida*. Paris: ANRS, 1995: 199-220.
4. Valdiserri R. *Preventing Aids. The design of effective programs*. New Brunswick and London: Rutgers University Press, 1989.
5. Aggleton P, O'Reilly K, Slutkin G, *et al.* Risking everything, risk behavior, behavior change, and AIDS. *Science* 1994; 265: 341-5.
6. Moatti JP, Hausser D, Agrafiotis D. Understanding HIV risk-related behaviour: a critical overview of current model. In: Van Campenhoudt L, Cohen M, Guizzardi G, Hausser D, eds. *Sexual interaction and HIV risk. New conceptual perspectives in European research*. London: Taylor and Francis, 1997: 100-26.
7. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monogr* 1974; 2: 220-43.
8. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behaviour*. Reading Mass: Addison Wesley, 1975.
9. Bandura A. Self efficacy: towards an unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191-215.
10. Paicheler G. Comportements individuels ou autonomie sociale: la place des sujets dans la prévention. In: *Adolescence et risque*. Paris: Syros, 1993: 215-22.
11. Moatti JP, Beltzer N, Dab W. Les modèles d'analyse des comportements face au risque et à l'incertain. *Population* 1993; 5: 1505-34.
12. Pollak M. *Les homosexuels face au Sida: sociologie d'une épidémie*. Paris: Métailié, 1988.

## RÉFÉRENCES

13. Pollak M, Schiltz MA. Six années d'enquêtes sur les homos et bisexuels masculins face au Sida. Paris: Rapport ANRS, 1991.
14. Paicheler G, Quemain A. Le public face à la menace du Sida. Paris: Rapport CERMES/ANRS, 1994.
15. Bourdieu P. Choses dites. Collection *Le sens commun*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1987.
16. Calvez M. La sélection culturelle des risques du Sida. Paris: ANRS/IRTS, 1992.
17. Douglas M, Calvez M. The self as a risk taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS. *Sociol Rev* 1990; 38: 445-64.
18. Coppel A, Bouhnik P, Boullanger N. Les réseaux sexuels et de circulation de l'information en matière de sexualité chez les jeunes de quartier à risque. Paris: GRASS/ANRS, 1993.
19. Bastard B, Cardia-Vonèche L. From rational individual to actor ensnared in a web of affective and sexual relationships. In: Van Campenhout L, Cohen M, Guizzardi G, Hausser D, eds. *Sexual interaction and HIV risk. New conceptual perspectives in European research*. London: Taylor and Francis, 1997: 127-34.
20. Van Campenhout L. Nouvelles tendances théoriques dans la recherche européenne sur les comportements sexuels face au risque du VIH. In: *Le Sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales, 2<sup>e</sup> conférence européenne sur les méthodes et les résultats des recherches en sciences sociales sur le Sida*. Paris: ANRS, 1998: 71-80.
21. Ferrand A, Snijders TAB. Social networks and normative tensions. In: Van Campenhout L, Cohen M, Guizzardi G, Hausser D, eds. *Sexual interaction and HIV risk. New conceptual perspectives in European research*. London: Taylor and Francis, 1997: 6-21.
22. Ahlemeyer HW, Ludwig D. Norms of communication and communication as a norm in the intimate social system. In: Van Campenhout L, Cohen M, Guizzardi G, Hausser D, eds. *Sexual interaction and HIV risk. New conceptual perspectives in European research*. London: Taylor and Francis, 1997: 22-43.
23. Ingham R, Van Zessen G. From individual properties to interactional processes. In: Van Campenhout L, Cohen M, Guizzardi G, Hausser D, eds. *Sexual interaction and HIV risk. New conceptual perspectives in European Research*. London: Taylor and Francis, 1997: 83-99.
24. Messiah A, Pelletier A. Partner-specific sexual practices among heterosexual men and women with multiple partners. *Arch Sex Behav* 1996; 25: 233-47.
25. Hubert M, Bajos N, Sandfort T. *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe*. London: UCL Press, 1998.
26. Schiltz MA, Adam P. Gestes préventifs, stratégies d'évitement de l'épidémie de sida et perception du risque. Paris: Rapport ANRS, 1995.
27. Fassin D. Peut-on changer les conduites humaines dans le domaine de la santé? Colloque technologie, santé, développement. Paris: Ministère de la Coopération et du Développement/Ministère de la Santé et de l'Action humanitaire/OMS, 1992.

## TIRÉS À PART

N. Bajos.

## Summary

### The analysis of risk behaviour related to sexual transmission of HIV: theoretical and prevention challenges of different approaches in public health

In public health, different approaches have been proposed to explain the disjunction between individuals' knowledge concerning their exposure to risk and the actual practices they adopt. Using the example of the sexual transmission of HIV, this article proposes to illustrate the theoretical and prevention implications of these different approaches. On the one hand, there is the so-called objective-behavioral approach that postulates that risk perception is strongly related to the manner in which individuals process prevention information treating individual health concerns as primary, on the other hand is the so-called constructivist approach which does not view risk as something that precedes actors' social experience but rather that individuals construct their own definition of risk based on their social position, their life course, and the relational context in which they find themselves. These approaches appear to be complementary, the former especially useful for identifying groups in the population that are at greater risk of HIV infection than others, while elements highlighted by constructivist approaches appear more useful for defining the contents of prevention policy.

## FONDATION FYSSSEN — 194, RUE DE RIVOLI — 75001 PARIS

Tél. : 33 (0)1.42.97.53.16 - Fax : 33 (0)1.42.60.17.95

La FONDATION FYSSSEN a pour objectif général « de promouvoir sous toutes ses formes l'analyse scientifique des mécanismes logiques du comportement animal et humain ainsi que leur développement ontogénétique et phylogénétique ».

### PRIX INTERNATIONAL

Un PRIX INTERNATIONAL DE 200 000 F est attribué à un chercheur qui s'est distingué par une activité de recherche fondamentale qui correspond, directement ou indirectement, à l'objectif de la Fondation et qui concerne des disciplines telles que l'éthologie, la paléontologie, l'archéologie, l'anthropologie, la psychologie, l'épistémologie, la logique et les sciences du système nerveux. Il a été décerné à MM. les Professeurs A. LEROI-GOURHAN (1980), W.H. THORPE (1981), V.B. MOUNTCASTLE (1982), H.C. CONKLIN (1983), R.W. BROWN (1984), P. BÜSER (1985), D. PILBEAM (1986), D. PREMACK (1987), J.C. GARDIN (1988), P.S. GOLDMAN-RAKIC (1989), J. GOODY (1990), G.A. MILLER (1991), P. RAKIC (1992), L.L. CAVALLI-SFORZA (1993), L.R. GLEITMAN (1994), W.D. HAMILTON (1995), C. RENFREW (1996) et M. JOUVET (1997).

Discipline considérée pour le Prix International 1999 : « ANTHROPOLOGIE LINGUISTIQUE ET COGNITIVE »

Les propositions de candidature doivent comporter : le curriculum vitae, la liste des publications du candidat, un résumé (quatre pages maximum) du travail de recherche qui justifie l'attribution du Prix. On ne peut se porter directement candidat. Les candidatures au PRIX de la FONDATION FYSSSEN doivent être adressées en 15 exemplaires au Secrétariat de la Fondation, 194, rue de Rivoli, 75001 PARIS.

PRIX : Date limite des propositions de candidature : le 30 OCTOBRE 1999