

UNIVERSITÉ DE PROVENCE AIX-MARSEILLE I
UFR « PSYCHOLOGIE, SCIENCES DE L'ÉDUCATION »
ÉCOLE DOCTORALE : COGNITION, LANGAGE, ÉDUCATION (ED 356)
LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE SOCIALE (LPS 849)

DOCTORAT

Champ disciplinaire : Psychologie

Chrysovalantis PAPATHANASIOU

**Représentations sociales et construction de
la responsabilité dans le contexte du VIH**
Le cas de la Grèce

Thèse dirigée par Mr le Professeur
Thémistoklis APOSTOLIDIS

Soutenue le 10 novembre 2011

Jury :

Dimosthenis AGRAFIOTIS, *Professeur émérite à l'École Nationale de Santé Publique (Grèce)*

Thémistoklis APOSTOLIDIS, *Professeur à l'Université de Provence Aix-Marseille I (France)*

Geneviève HARROUS-PAICHELER, *Directrice de recherche au CNRS (France)*

Marie PREAU, *Professeur à l'Université Lumière Lyon 2 (France)*

Bruno SPIRE, *Directeur de recherche à l'INSERM (France)*

À la mémoire de Pedro Zamora

(Militant de lutte contre le sida et protagoniste de « REAL WORLD » de MTV)

et de ma grand-mère Georgia Papathanasiou

(Réfugiée d'Asie Mineure)

ITHAQUE

Quand tu partiras pour Ithaque, souhaite que le chemin soit long, riche en péripéties et en expériences. Ne crains ni les Lestrygons, ni les Cyclopes, ni la colère de Neptune. Tu ne verras rien de pareil sur ta route si tes pensées restent hautes, si ton corps et ton âme ne se laissent effleurer que par des émotions sans bassesse. Tu ne rencontreras ni les Lestrygons, ni les Cyclopes, ni le farouche Neptune, si tu ne les portes pas en toi-même, si ton cœur ne les dresse pas devant toi.

Souhaite que le chemin soit long, que nombreux soient les matins d'été, où (avec quelles délices !) tu pénétreras dans des ports vus pour la première fois. Fais escale à des comptoirs phéniciens, et acquiers de belles marchandises : nacre et corail, ambre et ébène, et mille sortes d'entêtants parfums. Acquiers le plus possible de ces entêtants parfums. Visite de nombreuses cités égyptiennes, et instruis-toi avidement auprès de leurs sages.

Garde sans cesse Ithaque présente à ton esprit. Ton but final est d'y parvenir, mais n'écourte pas ton voyage : mieux vaut qu'il dure de longues années, et que tu abordes enfin dans ton île aux jours de ta vieillesse, riche de tout ce que tu as gagné en chemin, sans attendre qu'Ithaque t'enrichisse.

Ithaque t'a donné le beau voyage : sans elle, tu ne te serais pas mis en route. Elle n'a plus rien d'autre à te donner. Même si tu la trouves pauvre, Ithaque ne t'a pas trompé. Sage comme tu l'es devenu à la suite de tant d'expériences, tu as enfin compris ce que signifient les Ithaques.

Konstantinos Kavafis

Remerciements à :

Ma famille : mon père Georgios Papathanasiou, ma mère Maria Chountasi-Papathanasiou, mon frère Théodoros Papathanasiou, qui se sont toujours trouvés à mes côtés, dans les bons et les mauvais moments. **Seala, Nello, Chionis, Juan, Fiona**, membres de ma famille, pour leur fidélité.

Thémis Apostolidis pour son soutien scientifique et moral pendant toutes les phases de cette étude, du projet de recherche jusqu'à la soutenance. Sans lui cette thèse n'aurait jamais été achevée. Thémis Apostolidis, les mots ne suffisent pas pour vous dire à quel point je suis reconnaissant de l'encadrement que vous m'avez fourni. Votre confiance, votre présence et vos divers encouragements ont permis l'accomplissement de ce travail. Nos discussions et vos nombreuses relectures ont enrichi ce document. Vous constituez un vrai modèle pour moi comme chaque maître doit être pour son élève.

Dimosthenis Agrafiotis pour son aide scientifique et sa formation en santé publique.

Elli Ioannidi pour son amitié et sa coopération.

Mes professeurs de l'école primaire jusqu'à l'Université et mes élèves.

Le gouvernement français qui m'a donné la possibilité d'effectuer des études en France en soutenant financièrement mon DEA avec la bourse de l'Ambassade de France à Athènes.

Marie-Elisabeth Handman, Koen Vanhagedoren et Mary Margaroni pour m'avoir aidé à intégrer le système universitaire français.

Les personnes atteintes du VIH que nos trajectoires ont été croisées.

Melitia, Marc, Fred, Antoine, Thierry... Merci pour votre accompagnement pendant ce voyage. Partager avec moi vos pensées et vos émotions m'a aidé à mieux aborder le sida, non pas comme un sujet théorique mais comme un vécu. Même avec votre silence, vous m'avez amené aux chemins où la parole ne peut jamais arriver...

Katia Milidaki, Marylise Guillou et Eva Papageorgiou pour leur soutien technique.

Les membres du jury : Geneviève Harrous-Paicheler, Marie Préau et Bruno Spire, d'avoir accepté de lire et d'apporter leur regard critique à l'ensemble de ce travail de thèse.

Valantis Papathanasiou

Résumé

En adoptant une approche psychosociale, cette thèse vise à rendre compte de la façon dont nous jugeons une personne contaminée par le VIH dans le contexte de la Grèce. Nous étudions la construction sociale de la responsabilité en relation avec le VIH en s'appuyant sur l'approche des représentations sociales. Notre démarche s'inscrit dans une stratégie de triangulation méthodologique qui articule des approches qualitatives et des opérations quasi-expérimentales. Premièrement, nous avons mené une recherche qualitative par entretien auprès de 40 acteurs du monde politique et socio-sanitaire grec (politiques, personnels administratifs, scientifiques et associatifs) sur les politiques de prévention du VIH. Deuxièmement, une analyse de presse a été réalisée (corpus de 172 articles publiés dans 25 quotidiens grecs durant l'année 2004) sur la construction du sida via la communication sociale. Sur la base des principaux résultats issus des analyses de ces données (vision morale et stigmatisante de la maladie, maladie du *dehors*), deux recherches quasi-expérimentales ont été réalisées chez les futurs enseignants du primaire sur les explications et la responsabilisation d'une personne contaminée par le VIH dans des conditions socialement normées (mode de contraction, endo/exogroupe). Les résultats montrent que les jugements à l'égard de la personne contaminée sont influencés par les représentations que les sujets ont de la maladie (contagieuse *vs* transmissible) et par le statut social de la personne cible (déviant, étranger). Les enjeux théoriques (dynamique sociocognitive de la responsabilisation et maladie marquée socialement) et les implications pratiques (responsabilité, VIH et prévention, formation des enseignants) de ces recherches sont discutés.

SOCIAL REPRESENTATIONS AND CONSTRUCTION OF RESPONSIBILITY IN THE CONTEXT OF HIV: THE CASE OF GREECE

Summary

This thesis' goal is to explore judgement formation about an HIV+ person in the sociocultural context of Greece, by implementing a psychosocial approach. We examine the social construction of responsibility of HIV through social representations, by utilising a strategy of triangulation methodology using both qualitative and quasi-experimental operations. First, we conducted a qualitative research by interviewing 40 actors involved in decision-making (politicians, state administrators, scientists, activists) chosen on the basis of their roles in the political, social and health sectors in Greece, on the topic of HIV prevention policies. Secondly, we carried out a press analysis, based on a 172 articles corpus, published in the Greek daily press (25 newspapers) over 2004, in order to understand how social communication affects construction of AIDS. Finally, two quasi-experimental researches based on the key findings of data analysis (moral and stigmatizing vision of the disease, disease of *outside*), were carried out among future primary school teachers on suggested explanations and responsibility's attribution toward people infected with HIV under standardized social conditions (transmission mode, in/out group). The results show that judgments are influenced by subjects' representations about the disease (contagious *vs* infectious) and social status of the target person (deviant, foreigner). The theoretical issues (socio-cognitive dynamics of responsibility attribution, socially significant disease) and practical implications (responsibility, HIV and prevention, teachers' training) of this research are discussed.

DISCIPLINE – SPECIALITE DOCTORALE: PSYCHOLOGIE – PSYCHOLOGIE SOCIALE

MOTS – CLES : VIH/sida, responsabilité, responsabilisation, représentations sociales, construction sociale, morale, dynamique des relations intergroupes

KEYWORDS: HIV/AIDS, responsibility, attribution of responsibility, social representations, social construction, morality, dynamics of intergroup relations

TABLE DE MATIERES

0. AVANT-PROPOS.....	13
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE	21
Chapitre 1 : De la maladie en général au sida en particulier : une lecture psychosociale.....	22
1.0. La maladie comme réalité psychosociale	22
1.0.1. La difficulté de donner sens aux mots	24
1.0.2. Réflexion sur la nature de la maladie : psychosocial versus biomédical .	27
1.0.3. Maladie moderne : maladie de culture, maladie de comportement. Le rôle de la prévention dans l'esprit de la Nouvelle Santé Publique	30
1.0.4. Promotion de la santé : concepts, stratégies et groupes cibles.....	32
1.0.5. Mesures de prévention du VIH/sida	37
1.1. Le sida : une maladie sociale	39
1.1.1. La dimension sociale	43
1.1.2. La dimension culturelle.....	45
1.1.3. La dimension politique	46
1.1.4. Le paysage épidémiologique en Grèce : quelques particularités	50
1.1.5. Évolution sociohistorique de l'épidémie du sida	55
1.1.5.1. La phase de normalisation (dès 1996) d'une maladie à caractère exceptionnel.....	56
1.1.5.1.1. Soins aux patients – normalisation dans le cadre des tensions entre innovations et (re)médicalisation	56
1.1.5.1.2. Prévention du sida – entre généralisation, fatigue et retrait	57
1.1.5.1.3. Mais, de quelle normalisation est-il question ?	60
1.1.5.1.4. La Grèce : une démarche exceptionnelle.....	61

Chapitre 2 : Les représentations sociales comme approche de contextualisation de la maladie et du sida	62
2.0. Cadre conceptuel et théorique	62
2.0.1. Qu'est-ce qu'une représentation sociale ?.....	62
2.0.2. Organisation des représentations sociales.....	65
2.0.3. Objectivation et ancrage	68
2.0.4. Principes organisateurs et représentations sociales.....	68
2.1 Santé, maladie et représentations sociales.....	70
2.2 Les représentations sociales dans l'étude du sida.....	72
Chapitre 3 : Maladie et responsabilité : états des lieux et perspectives psychosociales dans le contexte du sida.....	78
3.0. Qu'est-ce que la responsabilité ?	78
3.0.1. Responsabilité et maladie	80
3.0.2. Quelles explications pour la responsabilité ?.....	83
3.0.3. Des attributions causales aux imputations de responsabilité : une approche psychosociale	85
3.0.4. Responsabilité : étude de sociologie	88
3.0.5. La responsabilité comme facteur de vulnérabilité	90
3.1. Risque(s) et vulnérabilité(s) : une articulation psychosociale et culturelle...94	
3.2. Le binôme « sexualité » / « morale » comme cadre conceptuel, dans l'étude de l'objet « responsabilité » autour du sida.....	104
3.2.1. La sexualité en Grèce : une affaire en mutation.....	111
3.3. Le stigmaté : le « marquage » symbolique et archétypique du responsable	116
DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE ET OPÉRATIONS DE RECHERCHE.....	123
Chapitre 4 : Problématique – Méthodologie – Terrain.....	124
4.0. Une revue du processus attributionnel : le regard psychosocial.....	124
4.1. Attributions et représentations sociales dans le contexte du sida.....	126

4.2. Quelle responsabilité pour le sida ?.....	130
4.3. « Pourquoi cette recherche ? » : vers une intégration de la perspective représentationnelle dans la prévention du sida	133
4.4. Les hypothèses	134
4.5. Représentations sociales et triangulation comme outils dans l'étude psychosociale du sida.....	138
4.6. Terrain et méthodes	139
Chapitre 5 : Première recherche : Les représentations de la responsabilité liée au VIH chez les acteurs de santé publique	150
5.0. Les acteurs et les réseaux d'action	150
5.1. Méthodologie.....	152
5.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des personnes interviewées .	154
5.1.2. Limites et difficultés rencontrées au cours de la recherche	156
5.1.3. Le guide d'entretien	157
5.1.4. Les conditions des entretiens	158
5.2. Résultats.....	159
5.2.1. Les hommes politiques.....	159
5.2.1.1. Identités et idéologies	159
5.2.1.2. La rhétorique politique.....	165
5.2.1.3. La responsabilité comme critère d'intérêt ou d'indifférence politique	168
5.2.2. Le personnel administratif.....	174
5.2.2.1. Le sida-métier : Identités, trajectoires et parcours professionnel...	174
5.2.2.2. Groupes à haut risque et facteurs de vulnérabilité.....	177
5.2.2.3. Où sont, donc, passés les homos ?	178
5.2.2.4. Femmes versus Hommes ou autrement dit, « le genre du risque ».	181
5.2.2.5. La mobilité : un facteur de risque.....	183

5.2.2.6. Usagers de drogues : un cas d'étude pour mieux comprendre les relations endogroupe – exogroupe	185
5.2.2.7. La sexualité des usagers de drogues	186
5.2.2.8. Conception du risque et groupe d'appartenance	189
5.2.2.9. Obstacles dans la prévention des groupes vulnérables	194
5.2.2.10. Responsabilisation et intervention de l'État.....	199
5.2.3. Les scientifiques	203
5.2.3.1. La parole scientifique	203
5.2.3.2. Risque versus vulnérabilité	206
5.2.3.3. Le cadre normatif comme « filet de sécurité ».....	207
5.2.3.4. Bonnes et mauvaises infections, bons et mauvais malades	210
5.2.3.5. Sexualité et altérité.....	212
5.2.3.6. Mauvaise image de soi – tendances d'autodestruction et de vengeance	217
5.2.3.7. L'origine ethnique comme facteur à risque	219
5.2.3.8. Attributions causales.....	222
5.2.3.9. Intervention de l'État ou auto-intervention ?	224
5.2.4. Les militants.....	228
5.2.4.1. La rhétorique du militantisme	228
5.2.4.2. Attributions de risque et stratégies de déstigmatisation	232
5.2.4.3. Attributions causales de la vulnérabilité.....	233
5.2.4.4. Relations intergroupes des groupes minoritaires stigmatisés	237
5.2.4.5. Interprétations de l'épidémiologie du virus du VIH/sida en Grèce	238
5.2.4.6. Partage, saleté et consommation	242
5.2.4.7. Le profil de la personne à risque : l'homme efféminé... et l'histoire du « mauvais » sang.....	246
5.2.4.8. Responsabilité individuelle versus responsabilité collective.....	249

5.2.4.9. L'effet des représentations de la responsabilité dans le politiques de prévention du sida.....	251
5.3. Conclusion du chapitre.....	254
Chapitre 6 : Deuxième recherche : Le phénomène « sida » dans les quotidiens grecs : représentations sociales et construction de la réalité.....	
6.0. La médiatisation d'une maladie emblématique.....	258
6.1. Méthodologie.....	261
6.2. Résultats.....	262
6.2.1. Analyse descriptive	262
6.2.1.1. Description des journaux.....	262
6.2.1.2. Répartition des articles par journal.....	264
6.2.1.3. Date de publication des articles	265
6.2.1.4. Catégories des articles	266
6.2.1.5. Auteur.....	266
6.2.1.6. Taille.....	267
6.2.1.7. Thèmes.....	268
6.2.1.8. Rapport entre titre principal et sous-titres	269
6.2.1.9. Corrélation titre/sujet.....	269
6.2.1.10. Photos	270
6.2.1.11. Graphes	272
6.2.1.12. Éléments épidémiologiques/statistiques	273
6.2.1.13. Les experts	274
6.2.1.14. Type de contenu.....	275
6.2.1.15. Géographie	276
6.2.1.16. Groupe des référence.....	277
6.2.1.17. Opinion des personnes vivant avec le sida (PVS).....	278

6.2.1.18. Discrimination et solidarité vis-à-vis des personnes vivant avec le sida	278
6.2.1.19. Origine ethnique.....	279
6.2.1.20. Mode d'infection.....	280
6.2.1.21. Discrimination et solidarité vis-à-vis d'un groupe social	282
6.2.1.22. Stigmatisation.....	284
6.2.1.23. Peur.....	285
6.2.1.24. Appellation de la maladie.....	285
6.2.2. Correlations	287
6.2.2.1. Facteurs associés à la présence de messages de discriminatoires à légard des personnes vivant avec le VIH et des groupes sociaux spécifiques	287
6.2.2.2. Relation entre utilisation d'éléments épidémiologiques dans les articles et présence de messages discriminatoires	287
6.2.2.3. Relation entre auteur des articles et présence de messages discriminatoires	287
6.2.2.4. Relation entre sujet de l'article et présence de messages discriminatoires	288
6.2.2.5. Relation entre photos, graphiques et messages discriminatoires...	288
6.2.2.6. Relation entre experts et messages discriminatoires.....	289
6.2.2.7. Relation entre type d'articles et messages discriminatoires	289
6.2.2.8. Relation entre peur et messages discriminatoires	289
6.2.2.9. Relation entre groupes sociaux et messages discriminatoires	290
6.2.2.10. Relation entre messages de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et caractéristiques des articles.....	290
6.2.2.11. Relation entre messages discriminatoires contre les groupes sociaux et caractéristiques des articles.....	291
6.2.3. Analyse thématique	291
6.2.3.1. La construction sociale du sida dans la presse et les médias de masse	291
6.2.3.1.1. Oppositions.....	291

6.2.3.1.2. Modélisation.....	293
6.2.3.1.3. Surprise et revirement.....	293
6.2.3.1.3.1. Les risques de la vie moderne	293
6.2.3.1.3.2. Malfaiteurs/perturbés versus victimes	294
6.2.3.1.3.3. Héros professionnels et populaires	295
6.2.3.2. Archétypes de personnes vivant avec le VIH/sida.....	297
6.2.3.2.1. La victime	298
6.2.3.2.2. Le survivant.....	299
6.2.3.2.3. Le porteur	300
6.2.3.3. Sida : « le mal des autres ».....	302
6.3. Conclusion du chapitre.....	306
Chapitre 7 : Troisième recherche : Représentations sociales et responsabilité liée au VIH chez des futurs enseignants dans le primaire.....	309
7.0. De l'exploration du terrain à la vérification expérimentale.....	309
7.1. Méthodologie.....	313
7.1.1. PREMIÈRE MANIPULATION EXPÉRIMENTALE	313
7.1.1.1. Hypothèse spécifique	313
7.1.1.2. Dispositif expérimental	313
7.1.1.3. Population.....	316
7.1.1.4. Opérationnalisation expérimentale.....	319
7.1.2. DEUXIEME MANIPULATION EXPÉRIMENTALE	322
7.1.2.1. Hypothèse spécifique	322
7.1.2.2. Dispositif expérimental	322
7.1.2.3. Population.....	325
7.1.2.4. Opérationnalisation expérimentale.....	326
7.2. Résultats.....	328
7.2.1. Les représentations sociales du sida.....	328

7.2.2. Scénarios	331
7.2.2.1. Première manipulation expérimentale	331
7.2.2.2. Deuxième manipulation expérimentale.....	336
7.2.3. Représentations préexistantes et responsabilisation	339
7.2.3.1. Première manipulation expérimentale	340
7.2.3.2. Deuxième manipulation expérimentale.....	343
7.3. Conclusion du chapitre.....	347
8. CONCLUSION GÉNÉRALE – DISCUSSION – PERSPECTIVES.....	353
8.0. La dynamique de la responsabilité dans le social.....	353
8.1. « La découverte » du terrain	354
8.2. La théorisation du champ d’analyse : vers une psychologie sociale des responsabilités.....	358
8.3. Des principes aux pratiques : une approche dynamique	365
8.3.1. Intervention et intégration théorique : appliquer, mais quelle théorie ?	368
8.3.2. Le milieu scolaire : domaine prioritaire d’applications.....	369
8.4. Limites et ouvertures.....	372
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	376
INDEX DES SCHEMAS.....	399
INDEX DES TABLEAUX.....	399
INDEX DES FIGURES.....	400
GLOSSAIRE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	402
SOMMAIRE DES ANNEXES.....	403

0. AVANT-PROPOS

Dans les pays avancés, la période allant du début du XVIII^e siècle jusqu'à la fin du XX^e siècle a été une ère de changements sociaux, dont le plus important est, sans doute, la transition de l'agriculture au mode de vie industriel. Dans la plupart des pays du monde industrialisé, cette transition a également entraîné des changements dans le modèle nosologique, passant des maladies infectieuses aux maladies non transmissibles.

La formulation de la théorie de Pasteur en 1862 sur les maladies infectieuses, la découverte de la pénicilline en 1926 et, ultérieurement, l'introduction massive des antibiotiques dans la pratique médicale, la création et le développement du mouvement des Hygiénistes après la Seconde Guerre mondiale, l'évolution des technologies biomédicales, ainsi que d'autres «révolutions», plus ou moins importantes, dans le secteur de la santé, ont engendré une réduction spectaculaire de la mortalité et l'augmentation rapide de l'espérance de vie. Tout conduisait, non simplement à l'indication, mais à la conviction de la souveraineté de l'être humain face aux maladies mortelles. La science médicale semblait toute-puissante ; une nouvelle sorte de figure sociale hégémonique en était née, « le médecin », plus favorisé, plus puissant, plus que jamais... et...

... soudain, de manière subite – comme, bien entendu dans tous les cas d'émergence d'un danger – inattendue et sans le moindre signe précurseur... New York, Memorial Hospital, 1980 : «*Maria, il y a un patient pour toi, en-haut... on ne sait pas quoi en faire. On ne sait pas où le placer, parmi les leucémies, en section pathologique, on ne sait pas quoi en faire. Je pense monter le voir.*» Je demande : «*Qu'est-ce qu'il a ?*». On m'a plus ou moins décrit une situation étrange qui ressemblait à la leucémie, qui avait donc les symptômes de la leucémie, mais qui n'était pas tout à fait ça, parce que l'examen des cellules sanguines, ça ne cadrait pas. Je me rappelle avoir dit : «*Aller le voir, dis, donc ?! D'après ce que tu me dis, le problème est plutôt de trouver ce qu'on va en faire!*» Il s'en est suivi un débat intense parmi les médecins. Je me souviens des heures de délibérations, les conversations à voix basse dans les couloirs... «*C'était quoi, donc, cette maladie à laquelle nous étions confrontés pour la première fois de notre vie ?*», «*Quelle sorte de maladie était-ce ?*»... Impossible à classer. Quelques jours plus tard, un deuxième patient

avec les mêmes symptômes, hospitalisé, lui aussi, au Mémorial. Qui plus est, on nous avait informés qu'il y avait deux cas similaires en Californie. Et ensuite... **“Quelle sorte de patients étaient ces patients ?”**. On nous a dit qu'ils étaient homosexuels... Une maladie d'homosexuels ? Est-ce possible ? Eh bien, il y avait là de quoi amorcer un intense débat scientifique. On ne savait pas encore si la maladie était transmissible ou non, on était dans le noir absolu. On avait décidé de la classer parmi les leucémies. Non pas parce qu'on soupçonnait qu'elle était transmissible, ça on n'en savait encore rien, mais en raison des symptômes, de l'image générale. Qu'est-ce qu'il a, le patient ? Il a des problèmes d'hémorragie, oui, sa moelle a donc un problème, ses plaquettes. Il a ci, il a ça, il a des éruptions cutanées, on peut dire qu'il est placé par hasard dans cette catégorie de malades. C'étaient les premiers jours, les toutes premières observations du phénomène. Personne n'en savait rien. C'était la période qui a vraiment engendrée l'immense inquiétude, la peur immense, la terreur, même. **“Qu'est-ce que c'est que cette maladie du système immunitaire que l'on ne comprend pas ? Et, bien entendu, j'ai perdu beaucoup d'amis à cette époque. Tout de suite après, en fait. Parce que, à l'époque, il n'y avait rien. C'est-à-dire que les gens mourraient en l'espace d'un trimestre, d'un mois, de... c'était affreux ! J'ai perdu beaucoup d'amis à ce moment ».**

Ce sont les mots d'une médecin que nous avons interrogée pendant la recherche présentée dans les chapitres qui suivent. D'une médecin qui a vécu l'arrivée de cette nouvelle maladie « étrange », selon sa propre qualification, à laquelle on allait attribuer des noms phares, dont le plus important est celui de « fléau du siècle ». Du siècle précédent, du siècle actuel aussi, pour signaler de la manière la plus évidente l'incertitude de l'avenir. L'incertitude de l'existence même de l'être humain.

Le sida¹ est apparu à un moment historique d'optimisme largement diffus, à savoir que les maladies de type infectieux faisaient, une bonne fois pour toutes, partie du passé et seraient « l'objet » de recherches de type « archéologique » dans les sciences de la vie. Cependant, cet esprit dithyrambique d'optimisme et de surévaluation, dirions-nous, des possibilités de la science (en tant que produit de l'intelligence et de la pensée humaines) se trouve contredit par une maladie inconnue qui a mis en évidence la peur collective de la mortalité. Le sida a mis à nu l'angoisse

¹ Syndrome Immuno -Déficientaire Acquis

latente de la mort, qui caractérise notre existence (individuelle et sociale) et monopolise (bien que nous ayions parfois, à tort, l'impression d'être plus forts) notre intérêt, déterminant les attitudes et les comportements face à des personnes et à des situations...

Mais pourquoi, donc, cette maladie « étrange » (en termes de symptômes) a-t-elle acquis ce caractère « unique » ? Était-ce son image clinique qui semait partout la panique ? Qui provoquait de « longues réunions » dans les hôpitaux et des « chuchotements » dans les couloirs parmi les professionnels de la santé ? La réponse est clairement négative. D'ailleurs, ses symptômes étaient connus et relevaient de la routine pour les médecins (*ex.* les hémorragies). Était-ce son caractère transmissible ? Mais, comme dit la médecin, on ne savait pas encore qu'il s'agissait d'une maladie transmissible. La réponse à notre question se trouve dans l'extrait des propos ci-dessus. Une première « problématique » est apparue qui a conduit à « l'anxiété », puis à « la peur », pour culminer finalement à la « terreur ».

L'un des surnoms les plus populaires, attribués au sida, était celui de « cauchemar ». Le sida a été pour la collectivité ce qu'Irvin D. Yalom appelle « expérience qui ouvre les yeux ». D'après Yalom, la source de l'anxiété de l'homme – celle qui définit, à un certain degré, ses relations interindividuelles et intergroupes – est bien la peur universelle de la mort. C'est souvent une « expérience qui ouvre les yeux » qui mène à cette prise de conscience. Une maladie (sur le plan individuel) ou une épidémie (sur le plan collectif). Comme D. Agrafiotis et coll. (1997) l'écrit, le sida a violemment ramené, de l'inconscient collectif à l'avant-scène sociale, la peur de la mort par les grandes épidémies. Dans notre étude intitulée *Sida: de la souffrance personnelle au deuil collectif* (2001b), nous avons montré comment le sida, d'une maladie qui affecte le corps individuel est devenu une maladie-réformateur sociale contre laquelle les réactions collectives de peur conduisent à une révolte par un mouvement de patients (Associations de lutte contre le sida). Comme l'écrivent Marková et Wilkie (1987, p. 393) : « Un monde où le sida est apparu ne peut plus jamais être le monde qu'il était avant ». Le sida a chamboulé les relations interpersonnelles comme celles des groupes, l'organisation sociale et le fonctionnement de l'existence humaine elle-même.

En dehors de la peur (in)consciente de la mort qui fait partie intégrante de toute maladie mortelle, la question qui se répétait comme une sorte de « rituel forcé de protection »², si l'on nous permet l'expression, était : « **Quel genre de maladie est cette maladie que l'on ne comprend pas ?** ». Mais comment est-ce possible que la médecine omnipotente ne « comprenne » pas cette maladie dont les symptômes sont si communs ? Le sida est venu ébranler les fondations de l'édifice de « l'autorité » du médecin et remettre en cause les avantages sociaux qui lui étaient offerts (autorité, prestige, statut social élevé, fortune). La langue de la maladie épidémique n'avait pas été totalement décodée et l'idiome codé de la science médicale (terminologie) n'était pas suffisant pour répondre à des questions comme « **Quel genre de personnes sont ces malades ?** ».

En suivant un modèle de repérage de causes pathogènes (par l'observation), clairement médicocentrique, les experts de la santé ont avancé un recensement des caractéristiques sociales des souffrants. Tout comme les épisodes hémorragiques conduisent à la leucémie (cancer du sang), suivant la même stratégie de raisonnement causal, l'homosexuel conduit au « cancer des homosexuels » (gay cancer). D'ailleurs, le premier terme médical officiel pour décrire la maladie était GRID (Gay-Related Immune Deficiency). Pour répondre à la question « Quel genre de maladie du système immunitaire est-ce? », comme les symptômes cliniques n'étaient pas suffisants pour l'interprétation de la maladie, on a eu recours au repérage d'une symptomatologie qui, le cas échéant, serait liée à une pathogénie sociale, apte à représenter un modèle interprétatif de la maladie inconnue. Ainsi, l'immunodéficience (image clinique de la maladie) a été associée aux premiers malades homosexuels (image sociale de la maladie), qui a abouti à l'idée de l'immunodéficience homosexuelle.

Au fil du temps, lorsque des réponses ont été données quant aux questions concernant « le genre » de maladie et de malades (découverte du virus et création de groupes à haut risque), une quête interrogative est venue s'y ajouter: « **pourquoi ?** ». « Pourquoi cette maladie ? », « Pourquoi ces malades ? », « Pourquoi maintenant (temps), ici (lieu), comme ça (manière) ? », « Pourquoi moi / nous (identité / endogroupe) ? », « Pourquoi lui / eux (alterité / exogroupe) ? ».

² On doit cette expression au psychiatre existentialiste américain Irvin D. Yalom.

Au cours de nos recherches sur les problèmes sociaux des séropositifs (lieu de travail, services de santé, relations interpersonnelles) et lors de la prestation de services volontaires de soutien aux individus qui vivent avec le VIH³ pour des Organisations non gouvernementales (ONG) de lutte contre le sida en Grèce et à l'étranger, nous avons été à plusieurs reprises confrontés à ce « pourquoi », qui revenait régulièrement dans les discours des séropositifs comme une relation constante de cause à effet entre le sida et un problème social (*ex.* exclusion du marché du travail, licenciement illégal, refus d'embauche) ; c'est la question qui se propose de donner un sens à l'existence de la maladie et à l'identité de patient. En outre, la réponse à la question « pourquoi moi et non pas lui ? » ou, inversement, « pourquoi lui et non pas moi ? », s'avère révélatrice des relations avec soi-même, avec les autres, avec le monde.

C'est sur cette problématique du « pourquoi », qui dépasse de beaucoup les avis médicaux et les traitements thérapeutiques (lorsque ceux-ci sont disponibles), que les sciences sociales sont appelées à travailler. La sociologie, la psychologie, l'anthropologie, mais aussi les sciences politiques et la philosophie, s'enrôlent à la compréhension et l'interprétation de cette maladie, emblématique du point de vue social, en créant un « militantisme scientifique »⁴ informel – permettez-nous le terme –, dont les études constitueront matière d'argumentation pour l'exercice de plaidoyer des organisations des malades. Donc, en tant que « maladie sociale », « maladie réformatrice », « maladie de changements sociaux », « maladie de la modernité », le sida occupe une place centrale dans les études sociales, créant même de nouveaux champs de connaissances (sociologie du sida) et de nouvelles spécialisations professionnelles, comme celle du « sidologue », nouveau rôle socioculturel, allant de pair avec la construction sociale du « sidéen ».

À travers les recherches pour enquêter sur le « pourquoi » (comme décrit ci-dessus) a émergé l'importance d'un concept à apparence moralisatrice de cette **responsabilité**, qui semble jouer un rôle important dans l'interprétation du

³ Virus d'Immunodéficience Humaine, responsable de la survenue du « sida » chez une personne infectée par ce virus.

⁴ Nombreux scientifiques impliqués dans la recherche sur le sida en étaient concernés directement ou indirectement. La contribution des scientifiques homosexuels à l'étude de la maladie est également importante. À titre indicatif, nous mentionnerons le sociologue français Michael Pollak et le socio-anthropologue américain Stefen O. Murray.

phénomène par le biais de l'étiquetage (labelling) et de la création de boucs émissaires, mécanismes classiques d'exorcisme du « mal ». La question « quelle est la maladie » est ainsi directement liée à « qui est malade ». Cette relation de causalité (de la maladie causée par le patient) conduit à l'identification des coupables et à la justice (punitions), afin de défouler la rage collective.

Le but de notre travail est d'étudier, à travers la théorie des représentations sociales, comment la notion de « responsabilité » est structurée dans le cadre du VIH/sida et dans le contexte grec. Nous tenterons de retracer les facteurs qui contribuent à l'attribution de responsabilité, ayant comme résultat la stigmatisation et l'augmentation de la vulnérabilité de groupes spécifiques. L'utilité d'étudier le concept de responsabilité réside dans la compréhension du fondement des attitudes personnelles et sociales à l'égard des malades. En outre, en examinant l'interprétation quotidienne de la responsabilisation concernant le sida, nous décèlerons des informations importantes sur la construction et le fonctionnement des relations interindividuelles et intergroupes. Enfin, nous pourrions également analyser les logiques en jeu dans les politiques appliquées pour lutter contre l'épidémie et discuter les décisions et les actions au niveau politique (quelles actions, pour quels groupes, selon quels critères).

Notre travail est organisé en deux parties. La première partie – intitulée *Cadre théorique* – présente une revue de la bibliographie internationale sur le sujet examiné⁵. Elle comprend trois chapitres. Dans le premier chapitre, nous abordons les concepts de santé et de maladie en général et, plus spécifiquement, celui de sida comme réalité psychosociale. En outre, nous décrivons – avec une perspective socio-historique – le stade dans lequel s'inscrit notre étude afin de comprendre le climat social formé de l'époque. Le deuxième chapitre présente la théorie des représentations sociales, qui constitue le cadre de l'analyse théorique et méthodologique du problème psychosocial de notre étude. Nous abordons « les grands courants » des

⁵ Il convient de noter que lors de l'examen de la bibliographie sur le sida, nous avons rencontré une vague d'études réalisées pendant les premières années de l'épidémie. À partir de 1996, le nombre d'études diminue progressivement. Cependant, même pendant la période dite de normalisation ou de banalisation, le sida reste (conformément aux nouvelles données de la recherche) une maladie emblématique avec une forte stigmatisation sociale et les premières études continuent à être d'actualité.

représentations sociales, en prenant comme point de départ l'analyse de Serge Moscovici, fondateur de ce modèle théorique de la psychologie sociale. Le troisième chapitre développe le concept de responsabilité dans le contexte de la maladie, en général, et du sida, en particulier. Nous nous référons tant à l'analyse théorique de responsabilité qu'aux concepts qui lui sont associés implicitement, comme ceux de « risque », « sexualité », « morale », « stigmatisation ».

La deuxième partie, *Méthodologie et opérations de recherche*, est composée de quatre chapitres ; nous y développons la problématique de notre travail et nous décrivons le terrain et les différentes recherches que nous avons réalisées.

Dans le quatrième chapitre, nous présentons l'approche méthodologique au sens large. Nous tâchons de construire le cadre psychosocial dans lequel s'inscrit notre recherche et nous établissons le rapport théorique qui existe entre sida et responsabilité. Nous posons les hypothèses à partir desquelles nous avons construit notre terrain de recherche. Nous expliquons les méthodes choisies dans une perspective multiméthodologique (stratégie de triangulation). Nous présentons les outils méthodologiques mis en place sur le plan empirique. Nous décrivons également le cadre socio-épidémiologique du VIH en Grèce, le cadre dans lequel est inscrite la lutte contre le sida. Le contexte socioculturel grec et ses spécificités, ainsi que les données épidémiologiques, vont nous aider à mieux comprendre les résultats recueillis.

Les chapitres suivants présentent les résultats de nos recherches. Chacun d'eux correspond à une opération de recherche différente. Le cinquième chapitre présente les résultats de la recherche qualitative que nous avons réalisée auprès des hommes politiques, cadres administratifs, scientifiques et militants, au moyen d'entretiens semi-directifs. Il s'agit d'une recherche exploratoire qui a permis d'appréhender la saillance de la question de la responsabilité dans le cadre de la contamination par le VIH. Parallèlement à cette recherche, nous avons mené une étude d'analyse de la presse en Grèce, dont les résultats sont présentés dans le sixième chapitre. Les résultats de ces deux premières recherches ont permis de construire une troisième opération de recherche de type expérimental, à travers laquelle nous essayons d'étudier les représentations du VIH et l'attribution de responsabilité selon le mode de transmission du virus, mais aussi selon le groupe d'appartenance d'une personne

séropositive (endogroupe / exogroupe). Les résultats de cette recherche sont présentés dans le septième chapitre.

Enfin, nous présentons la discussion et les conclusions issues des trois recherches réalisées, ainsi que nos propositions relativement aux perspectives de futures recherches en psychologie sociale.

PREMIÈRE PARTIE

CADRE THÉORIQUE

De la maladie en général au sida en particulier : une lecture psychosociale

1.0. La maladie comme réalité psychosociale

La notion de santé est abstraite et complexe, à sens multiple, et constitue un objet de réflexion philosophique. Selon le philosophe Georges Canguilhem (1943, 1966), la santé est considérée par les Lumières, non pas comme un savoir, mais comme un vécu. Il se réfère à Descartes, puis à Claude Bernard, pour qui « les fonctions de l'organisme sont objets de sciences (...). Il n'y a en physiologie que des conditions propres à chaque phénomène qu'il faut exactement déterminer sans aller se perdre dans des divagations sur la vie, la mort, la santé, la maladie et autres entités de même espèce (cité par Canguilhem, 1990, p. 19). Selon lui, chez Kant « la santé [est] un objet hors du champ du savoir (...) il n'y a pas de sciences de la santé » (p. 14). Canguilhem a bien montré que la norme qu'est la santé renvoie à l'état organique individuel. Il écrit : « C'est au-delà du corps qu'il faut regarder pour déterminer ce qui est normal pour ce corps même ». Pour lui, la santé constitue la capacité de l'homme de maîtriser non seulement son milieu physique, mais, également, son milieu social : « Le vivant ne vit pas parmi des lois, mais parmi des êtres et des événements qui diversifient ces lois », écrit-il. Par conséquent, la santé et la maladie se définissent en fonction des exigences de notre environnement, des relations interpersonnelles et intergroupes, en constituant des états sociaux (Adam & Herzlich, 1994).

Malgré la mise en garde concernant la dimension sociale de la santé, de la maladie et de la guérison, la recherche sociologique relative à ces sujets semble tarder. En 1948, Talcott Parsons a formulé la première analyse sociologique sur la maladie et sur la profession du médecin dans les sociétés contemporaines, en mettant en valeur le rôle social du médecin et du patient. Après lui, nombreux sociologues (Robert King Merton, August Hollingshead, Renée Fox, Howard Becker, Erving Goffman, Eliot Freidson, Anselm Strauss etc.) ont mené des recherches inscrites dans cette problématique. Les premières théories sociologiques dominantes sur la notion de santé et de maladie se sont développées autour deux approches : a) *l'approche individualiste (personalistic)* et b) *l'approche naturaliste (naturalistic)*. Dans le

premier cas, la personne frappée par une maladie est considérée comme l'objet d'une forme d'agression ou de punition, car la maladie était perçue comme le résultat d'une intervention « extérieure » causé soit par un être surnaturel (esprit) soit par un être humain doué d'un pouvoir maléfique (sorcier). Dans le deuxième cas, l'explication de la maladie s'appuyait sur des notions biologiques abstraites et sur un déséquilibre des éléments essentiels du corps humain. Les causes de ce déséquilibre étaient soit intérieures (sentiments très forts) soit extérieures (chaleur ou froid) (Morgan et al., 1985, p. 11-12).

Dans le cadre de l'approche sociologique de la santé et de la maladie, on peut distinguer quatre grands courants : a) *le fonctionnalisme structural (structural functionalism)*, b) *la théorie de l'interaction symbolique (symbolic interactionism)*, c) *la phénoménologie (phenomenological sociology)*, et d) *les théories des conflits (conflict-theory approach)*. Dans certains cas, les courants susdits considèrent l'individu, parfois même la société ou leur interaction, comme étant la cause de la maladie (Gerhardt, 1989).

À partir des années 1970, les sciences sociales se concentrent sur l'étude des liens complexes entre les caractéristiques sociales de l'individu et son état de santé (Adam & Herzlich, 1994). Les premières recherches de ce genre ne sont pas sociologiques, mais psychosociologiques. Le stress, la capacité de faire avec, ainsi que le soutien social font partie de la problématique développée autour des mécanismes à travers lesquels le psychosocial influence le biologique (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994).

Avec le développement de la psychologie sociale comme discipline scientifique indépendante et autonome, les phénomènes de la santé et de la maladie ont été abordés d'une manière différente, à partir du *regard psychosocial*. Selon Moscovici (1984), le psychologue et le sociologue utilisent, d'habitude, une grille de lecture *binnaire*. Le psychologue pose l'« Ego » (individu) d'une part et l'« Objet » (environnement, stimulus), de l'autre. On trouve le même schéma du côté du sociologue. À ceci près que le sujet n'est plus un individu mais une collectivité ou la société, alors que l'objet représente un intérêt, une institution ou ce qu'on appelle environnement humain (autres personnes et groupes). Au contraire, le regard psychosocial se traduit par une lecture ternaire des faits et des relations. Sa particularité est de substituer à la relation à deux termes (Ego – Objet), une relation à

trois termes : Ego – Alter – Objet. La relation de sujet à sujet dans leur rapport à l'objet correspond à une simple « coprésence » ou à une interaction qui apparaît par des modifications de la pensée et du comportement. Pour illustrer cette distinction, deux mécanismes sont mis en place : a) *la facilitation sociale* et b) *l'influence sociale*. Le premier consiste en ce que la simple présence d'une personne ou d'un groupe des personnes ait pour effet qu'un individu exprime les réponses dominantes, partagées par tous. Le second consiste en ce qu'un individu soumis à la pression de l'autorité ou d'un groupe obéisse aux ordres de l'autorité ou du groupe. Les expérimentaux de Milgram montrent l'impact de l'autre sur la formulation de la conduite humaine. On peut envisager l'Alter soit comme un autre semblable, un *alter ego*, ou comme un autre différent, un *alter* tout court. Le regard psychosocial surmonte la dichotomie « sujet – objet » et permet d'analyser, selon plusieurs manières, les relations à autrui. Dans les études sur la conformité, on observe chez les individus une tendance à se comparer à quelqu'un de semblable ou bien à quelqu'un à qui on voudrait ressembler. En outre, face aux jugements de la majorité, les minorités cherchent à se faire reconnaître une identité particulière et une différence. Ces deux mécanismes psychosociaux, celui de comparaison sociale et celui de reconnaissance sociale (Moscovici & Paicheler, 1973), sont deux manières différentes d'interagir socialement avec l'autre. Les recherches de Herzlich et de Jodelet sur les représentations sociales de la maladie physique et mentale – qui seront développées plus loin – sont paradigmatiques de ce qu'on appelle regard psychosocial, qui constitue l'optique de notre démarche.

1.0.1. La difficulté de donner sens aux mots

Une recherche dans les dictionnaires et dans la bibliographie scientifique nous confronterait à une multitude de significations de la notion de santé, assez différentes entre elles, dans certains cas. La tentative de nommer la santé a traversé diverses étapes jusque à 1946, où l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a abouti à la notion qui comprend non seulement l'absence de maladies, mais un état de complet bien-être physique, mental et social, en reconnaissant le caractère pluridimensionnel de l'existence humaine (Morgan et al., 1985, p. 21).

Cependant, aucun sens donné à la notion de santé n'a pas été considéré suffisamment satisfaisant. Cette difficulté de définir la santé est due surtout à la complexité du phénomène qui est influencé par un nombre de facteurs divers. La plupart de ces facteurs sont relatifs à la biologie, au comportement et à l'environnement. Déterminer le sens de la notion de santé renvoie aussi aux innombrables diversités subjectives, car chaque être humain est unique, avec une différente conscience de son existence et une base biologique et psychique particulière.

Ce malaise de donner un sens satisfaisant à la notion de santé traduit aussi le fait que, dans les sociétés postindustrielles ou, plus précisément dans les sociétés des hautes technologies, on traverse une période où il y a une controverse des conceptions relatives à la santé, la maladie et la médecine. Il faut prendre en compte que le siècle précédent a légué à cette nouvelle période historique la crise de la science de la médecine moderne. Cette crise est due surtout à la difficulté de la médecine de faire face efficacement aux grandes maladies de notre époque, comme le sida et le cancer. Et ce, malgré les fonds importants qui sont consacrées au domaine de la santé publique, dont le financement s'avère lourd au cas des pays en développement (PED). D'ailleurs, cette même crise a conduit à la controverse du modèle biomédical dominant, imposé par le monde médical, qui assurait le statut social prestigieux et le pouvoir politique des médecins. La réflexion qui a été développée à cause de la crise de la science médicale a conduit à la recherche de directions alternatives. Le rôle de l'environnement (naturel et urbain) et celui du comportement humain sont devenus des sujets de prédilection de l'intérêt scientifique, constituant le cœur du modèle biopsychosocial en modulation, révélant des horizons nouveaux dans la manière d'aborder les thèmes de santé et de maladie.

La notion de santé est toujours liée à celle de maladie qui est son contraire sémantique. Robert Farr (1987a, 1987b) remarque que la santé, débarrassée de causes, n'a pas besoin d'explications ; on a la chance d'être né avec un corps solide et, donc, de profiter d'une bonne santé. Par contre, la maladie doit être expliquée. Les explications données quant aux causes de la maladie diffèrent d'une période historique à l'autre, selon le cadre socioculturel, les perceptions, les représentations et les croyances propres à chaque société. Comme Philippe Adam et Claudine Herzlich (1994, p. 6) le soulignent, « les maladies sont différentes selon les époques et les

conditions sociales : aux épidémies d'autrefois ont succédé le cancer et les maladies cardiovasculaires, tout récemment le sida ». Des sociétés différentes connaissent des maladies qui leur sont spécifiques.

La maladie ne constitue pas un phénomène statique ; elle a un début, un milieu et une fin. Le scientifique doit suivre cette évolution en décrivant son émergence, son développement et sa conclusion en relation avec le temps et l'espace où elle est apparue. Le climat, l'alimentation, les modes de vie, l'organisation sociale, l'environnement, la religion, les mœurs, constituent des facteurs importants pour l'analyse de la maladie.

Dans un cadre culturel (ou multiculturel), on observe une figure de maladie concrétisée et emblématique. Autrement dit, chaque société a sa propre « pathologie » qui caractérise l'époque où elle est inscrite.

Cependant, comme le note P. Bourdelais (1989), si on compare les maladies d'aujourd'hui avec les maladies d'hier, on sera étonné par la similarité des réactions collectives. Comme les autres épidémies, le sida a provoqué des phénomènes d'exclusion et de stigmatisation. On pourrait aussi mentionner la panique, la désorganisation, le changement des relations et du type de communication humaine. Dans toutes les épidémies, on cherche une personne ou un groupe social pour trouver le bouc émissaire, un rôle qui, dans la tragédie grecque, mène à la *catharsis*, la purgation, et conjure le mal. Dès l'apparition d'un mal, la même question est toujours posée, à savoir « qui ? ». « Aujourd'hui comme hier, quand un événement inexplicable s'abat sur une collectivité ou une société, et la menace dans son existence, il importe de trouver un responsable ou un bouc émissaire. L' "autre" est alors mis en accusation » (Pierret, 1992, p. 19).

En outre, diachroniquement, la maladie constitue un état pourvu de significations sociales. Être malade ou être en bonne santé constituent des jugements évaluatifs. Mais, que signifient, dans notre société actuelle, la santé et la maladie ? Qu'est-ce que ça veut dire au juste être malade ou bien-portant ? De quelle manière s'élabore leur image, à partir de la confrontation de l'expérience individuelle et des modèles culturels ? Formes et origines attribuées à la santé et à la maladie, images du bien-portant et du malade s'appréhendent à travers un langage : les notions d'équilibre, de fond sain ou malsain et de naturel. Mais le champ de la santé et de la

maladie est ordonné aussi par un jeu de normes sociales : règles d'hygiène que l'on doit suivre, comportements autorisés ou prescrits au malade ainsi qu'à son entourage. Comme Vigarello (1993) le souligne, sans doute, en tant que forme de bien-être individuel et collectif, la santé est devenue une valeur importante dans le monde contemporain.

Dans les sociétés occidentales, **la bonne santé s'identifie à la norme**. Être en bonne santé est équivalent d'être « normal », alors qu'être malade et être dans un état « anormal » sont des notions quasiment identiques. La maladie est considérée indésirable et le diagnostic médical constitue un jugement évaluatif. En effet, « être malade » n'est pas perçu dans le sens unique d'« avoir une maladie ». Le diagnostic d'une maladie par le médecin est une simple transcription d'un dysfonctionnement organique. L'expression « avoir telle ou telle maladie » sert plutôt à qualifier l'affection dont on est atteint, que l'état où l'on se trouve (Delassus, 2009)⁶. Par contre, déclarer quelqu'un « malade » constitue un jugement qui dépasse le corps organique et donne à la personne atteinte une identité sociale (Adam & Herzlich, 1994). Cette nouvelle identité va déterminer les relations interpersonnelles du malade ; l'entrée dans le groupe des malades définit sa place dans la société.

1.0.2. Réflexion sur la nature de la maladie : psychosocial versus biomédical

Selon le modèle biomédical, dominant dans le domaine de la recherche en santé pendant une longue période historique, la maladie est perçue comme un phénomène biologique qui apparaît à cause des virus, des microbes, des bactéries etc., qui engendre une perturbation dans le corps humain (Mechanic, 1978). Au contraire, la santé exprime le fonctionnement « normal » de l'organisme humain. Ce fonctionnement « physiologique » est déterminé par des indicateurs épidémiologiques et des mesures biostatistiques (Tountas, 2000). Ce qui s'écarte des valeurs moyennes est considéré comme déviant du « normal » ; de ce fait, il est qualifié de « pathologique ».

La domination de la pensée médicale, depuis le début de XVII^e siècle, a mené aux perceptions suivantes : a) la considération du corps humain comme une machine

⁶ Voir La dimension existentielle de la maladie – 4 mars 2009, <http://cogitations.free.fr/>

industrielle, et b) la séparation du corps et de l'esprit (Sigerist, 1943). La médecine moderne est plutôt préoccupée de ce qui se produit dans le corps humain (corps souffrant), n'envisageant pas la personne malade comme intégralité (individu souffrant). Bien que le médecin s'appuie, au départ, sur le témoignage personnel et la description individuelle des symptômes du patient, le processus thérapeutique est soutenu par l'utilisation de la technologie dans le seul but de traquer et traiter la pathologie, ignorant la dimension personnelle et subjective de la maladie (vécu) ; le patient est donc perçu non pas comme un sujet, mais comme un objet de santé.

Au XX^e siècle, le modèle biomédical qui persiste dans la société contemporaine, domine dans la définition et dans l'interprétation de divers phénomènes de la vie collective. Conrad et Schneider (1985) ont montré comment diverses formes de comportements considérés « déviants », par exemple l'alcoolisme et l'usage de la drogue, l'homosexualité, la maladie mentale etc., vus comme autant d'actes criminels ou de péchés mortels, ont, au fil du temps, fait l'objet d'étude et de traitement médical. « L'acte condamnable (*badness*) est devenu maladie (*sickness*) » (Adam & Herzlich, 1994, p. 37-38).

Le modèle biomédical a principalement été critiqué par les scientifiques sociaux. Certains reprochent à ce modèle sa vision limitée d'approcher la maladie, sans remettre en cause les éléments qui résultent de la définition médicale. Au contraire, d'autres exercent une critique plus sévère, contestant l'objectivité même de la science médicale. L'accent est mis sur la création d' « étiquettes » (labels) qui sont socialement formées. Les théories, connues sous le nom « théories de l'étiquetage » (*labelling theories*), focalisent sur la nature et les répercussions sociales des maladies avec une représentation collective négative ou, encore, portant une stigmatisation sociale (Morgan et al., 1985, p. 14-15, 28-41, 45). Selon Becker (1985), un acte n'est pas déviant par nature. Il l'est lorsqu'on le décrit comme tel. L'étiquetage devient un moyen de contrôle social. Comme on le verra plus loin, cet étiquetage est lié à la démarche de stigmatisation et se trouve présent dans toutes les phases socio-historiques. Ce qui lui confère un caractère nouveau, de nos jours, c'est bien qu'il se trouve en relation avec la notion de risque. L'usage de substances psychoactives, les fugues juvéniles, les problèmes scolaires (Choquet & Ledoux, 1994), les violences, les tentatives de suicide, les troubles alimentaires, une sexualité étrange (non protégée

ou multipartenaire) (Embersin & Grémy, 2000) sont autant de facteurs d'assimilation du risque à la déviance.

Toutes les approches critiques du modèle biomédical convergent au refus de la séparation du corps et de l'esprit et à la conviction qu'une maladie ne peut être compréhensible en dehors du cadre historique, social et culturel où elle apparaît et se développe (Turner, 1987, p. 9). « Les maladies ne sont pas développées dans le vide. (...) Les microbes et les virus sont les protagonistes principaux dans le drame pathologique. Mais les études épidémiologiques nous précisent sans interruption le rôle des facteurs environnementaux et socio-économiques dans l'explication, l'apparition et la diffusion des maladies » (Cipolla, 1992, p. 76).

Une nouvelle tendance apparaît progressivement dans le domaine de la recherche scientifique, qui « délaisse l'épidémiologie descriptive un peu grossière, pour tenter de comprendre avec plus de précision les chemins par lesquels le social interagit avec le biologique pour créer la maladie » (Renaud, 1994). Les nouvelles approches épistémologiques se proposent d'aborder les phénomènes de la santé d'un point de vue psychologique, social et culturel et d'examiner l'influence de ces facteurs sur le biologique (Adam & Herzlich, 1994). Les maladies de notre époque, qualifiées de « maladies de la civilisation », étant complexes et multidimensionnelles, exigent une analyse pluridisciplinaire et transversale.

Le sida, une maladie « étrange », apparue au début des années 1980, a mis en évidence des questions liées au genre et à la sexualité, à l'ethnicité et aux diversités culturelles, à l'identité sociale, au groupe d'appartenance etc. L'incurabilité de la maladie donne à la prévention un rôle prépondérant. Prévenir une maladie signifie intervenir dans deux domaines, celui du biologique et celui du social, alors que la prévention d'une maladie stigmatisante et marginale, comme le sida, est synonyme de prophylaxie contre une situation sociale précaire. « Le travail de la prévention est défini à partir de deux formes de dysfonctionnement social que la maladie produit : la contamination et l'exclusion. Tous les discours de prévention s'articulent sur cette double préoccupation », écrit Claude Thiaudière (1994, p. 32).

Comme Serge Moscovici (1992) le souligne, les hommes ne vivent pas seulement d'informations : il leur faut aussi des significations. La médecine n'est pas en mesure de donner des réponses aux questions posées par les malades ou les

personnes vulnérables. Désormais, cette mission relève de l'autorité des sciences sociales, qui se proposent d'illustrer, clarifier, expliquer ces significations et donner un sens au mal.

1.0.3. Maladie moderne : maladie de culture, maladie de comportement. Le rôle de la prévention dans l'esprit de la Nouvelle Santé Publique

Au cours des décennies dernières, les politiques officielles des pays industrialisés ont déplacé le point d'ancrage de la médecine curative à la médecine préventive. Dans l'esprit de la Nouvelle Santé Publique, l'individu devient responsable du maintien de sa propre santé et les sciences sociales de la santé se concentrent sur l'analyse du comportement humain.

La question autour de laquelle se développe la problématique contemporaine de la protection de la santé publique est la suivante : pourquoi certains individus adoptent un comportement sain, alors que, par leurs propres pratiques, certains autres se mettent dans une situation de risque avec des conséquences importantes pour la collectivité. Diverses recherches s'investissent à donner des réponses et de proposer des pistes pour l'explication du phénomène. Dans le cadre des sciences sociales, au cours du XX^e siècle, tout un courant important d'approches épistémologiques et théoriques se développe dans cette optique (Tountas, 2000).

En psychologie, en général, et en psychologie de la santé, en particulier,⁷ les théories et les modèles interprétatifs principaux du comportement humain semblent privilégier une approche basée sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques des individus, appréhendées dans une logique de « vrai » ou « faux » (*ex.* l'approche KABP⁸). Cependant, les connaissances et les croyances ne sont pas de simples assertions ou négations, mais des phénomènes qui fonctionnent à divers niveaux. On peut « connaître » quelque chose parfaitement, mais l'utilisation des connaissances dans la vie quotidienne peut suivre un itinéraire différent (Marková et al., 1990). Ainsi, les psychologues sociaux se sont investis dans la mise en place

⁷ Selon le psychologue américain Joseph Matarazzo, la psychologie de la santé est l'ensemble de contributions éducatives, scientifiques et professionnelles spécialisées de la psychologie, à la promotion de la santé, à la prévention et au traitement des maladies et à l'étude des facteurs qui influencent la santé individuelle et publique.

⁸ *Knowledges, Attitudes, Beliefs and Practices* = Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques

d'analyses de la santé et de la maladie plus complexes et transversales, définies comme *biopsychosociales* (Bruchon-Schweitzer, 2001), afin de rendre compte de la complexité de l'être humain, défini comme une espèce de base biologique, des dimensions psychologiques et des déterminations socioculturelles. Malgré leurs diversités, les modèles élaborés ont un dénominateur commun : ils tentent d'illustrer l'articulation entre le macrosocial et le microsociale. Leur analyse est centrée sur la personne et tente de rendre compte des évaluations et des transactions à travers lesquelles se modulent et se transforment l'état de santé de l'individu ainsi que son adaptation sociale. Parmi les modèles élaborés, les plus importants sont les suivants :

- a) *Le modèle des médiateurs de la santé* : Le psychologue social Rutter et ses collaborateurs (1993) ont proposé un modèle d'interprétation de santé et de maladie où les processus psychosociaux sont abordés comme des moments intermédiaires dans une chaîne de déterminations, dont l'aboutissement (*outcome*) est la maladie et la mort. La clef de voûte de ce modèle est le « faire avec » (*coping with*), défini comme « la manière dont les individus se confrontent aux stress de leur vie ». Deux « médiateurs » influencent les formes de coping : les médiateurs définis comme « socio-émotionnels » (événements de vie, support social) et ceux dits cognitifs (connaissances, information).
- b) *Le modèle transactionnel* : Élaboré par Bruchon-Schweitzer (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994 ; Bruchon-Schweitzer, 2000 ; Bruchon-Schweitzer et coll., 2000), ce modèle met au centre de son approche la notion de « processus médiateurs », situés entre ce qui est défini comme des « antécédents », des « issues somatiques » et des « issues émotionnelles ». Il se propose de connaître et de contrôler des facteurs d'ajustement, afin d'optimiser les issues les plus favorables pour l'individu. Aux médiateurs, il ajoute des processus d'activation physiologique (neuro-endocrino-immunitaire). En outre, il considère le processus d'évaluation individuelle comme une étape primordiale de la pertinence ou non des ajustements et des comportements humains relatifs à la santé. En plus, les stratégies d'ajustement sont catégorisées en fonction de la distinction entre « coping centré sur le problème » et « coping centré sur l'émotion », incluant, en plus, le coping « recherche de soutien social »

en tant que stratégie de différenciation. Dans ce modèle, le social est perçu, d'une part, comme ensemble de variables sociodémographiques antécédentes, d'événements stressants et d'appartenance des groupes et des réseaux sociaux ; de l'autre, il est pris en compte comme une possibilité perçue dans le cadre de l'évaluation individuelle ou de demande de soutien relationnel dans des conditions dures et difficiles (forme de coping).

- c) *Le modèle sociocontextuel de l'autorégulation des conduites de santé* : Ce modèle a été élaboré par le psychologue Ewart (1991), dans le cadre de sa tâche de construction d'une « psychologie de la santé publique ». Le point de vue de la santé publique tente de lier les troubles de l'individu aux groupes auxquels il appartient ou à l'environnement dans lequel il vit et il travaille. Le modèle concret se présente comme « une théorie de l'action individuelle conçue pour enrichir une analyse sociocontextuelle du changement personnel » (Ewart, 1991, p. 931), comportant trois ensembles de processus interreliés : les actions individuelles (habitudes), le processus de changement individuel et les influences contextuelles. En bref, l'idée principale de ce modèle se formule comme suit : « des influences sociocontextuelles encadrent et déterminent des processus de changement autorégulés qui interviennent sur des états d'action, solidifiés dans des habitudes d'acteurs socialement interdépendants ».

1.0.4. Promotion de la santé : concepts, stratégies et groupes cibles

Tous les modèles théoriques mentionnés ci-dessus trouvent leur application dans le champ de la promotion de la santé. À présent, il convient d'exposer schématiquement les principales notions qui illustrent ce qu'on appelle « promotion de la santé » : *prévention, éducation pour la santé, protection de la santé* (Papathanasiou, 2009).

La prévention s'étend sur toute la durée de la vie humaine ; elle commence avant même la conception (contrôle prénatal). La prévention médicale se divise en : a) *prévention primaire*, b) *prévention secondaire*, c) *prévention tertiaire*. La prévention primaire est appliquée avant l'apparition de la maladie, par exemple au moyen de la

vaccination. La prévention secondaire a lieu après l'implantation de l'entité morbide, comme, par exemple, c'est le cas du contrôle systématique de la pression artérielle. La prévention tertiaire s'applique à la remédiation d'un handicap, d'un accident ou d'un déficit permanent (réhabilitation) et à la (ré)insertion sociale des malades et des handicapés. Dans le cas du VIH/sida, la prévention peut s'appliquer à trois niveaux à la fois : celui de la prévention de la maladie dans la population saine, celui de la prévention au niveau de la déclaration de maladies ou d'infections secondaires et, finalement, celui de l'insertion sociale des individus vivant avec le VIH.

Il existe deux types de stratégies de prévention, en fonction de la population visée : la *prévention globale* et la *prévention centrée*. Par exemple, dans le cas de l'usage de substances psychoactives, la *prévention globale* comprend des stratégies qui s'adressent à l'ensemble de la population scolaire ou de la communauté, son objectif étant de prévenir ou de retarder l'usage. De l'autre côté, la *prévention centrée* met en œuvre des stratégies qui visent des groupes de population spécifiques, présentant une vulnérabilité plus grande que d'autres quant à l'usage de substances psychotropes. Ce type de prévention vise le groupe dans son ensemble, indépendamment du degré de risque particulier de chaque membre. L'objectif de la prévention centrée est de dissuader d'un usage excessif et de la surconsommation de substances, grâce au renforcement des facteurs de protection suivants : l'identité, l'estime de soi-même, l'éventualité de solutions aux problèmes, l'évaluation des risques, la gestion de crises, aussi bien que l'assistance prêtée aux individus pour assurer leur succès à faire face aux facteurs du risque.

Qu'il s'agisse d'un contrôle individualisé, tel que le check-up, ou d'un programme collectif ou massif de contrôle pré-symptomatique (mass screening) (Katsougiannopoulos, 1994), les examens médicaux préventifs peuvent viser autant des individus que des groupes de population à importance variable.

L'*éducation pour la santé* est un processus basé sur des principes scientifiques qui utilise des opportunités programmées d'apprentissage, donnant la possibilité aux individus ou aux groupes d'agir consciemment (informés) et de décider de questions sur des facteurs susceptibles d'influer sur leur santé (Draijer & Williams, 1991).

Dans le cadre de la prévention des maladies culturelles modernes, la modification du comportement humain est mise en relation directe avec le niveau de

conscientisation et de sensibilisation des membres d'une communauté, leurs connaissances en matière de santé, la rapidité d'intervention et l'efficacité du groupe social et de l'ensemble de la société dans une intervention automatique et immédiate ; elle dépend également de leurs compétences en matière de gestion de crises et de dangers.

L'éducation pour la santé cherche à atteindre ces objectifs grâce à différents moyens et techniques – dont le principe éducatif constitue une combinaison – afin de les appliquer de façon plus efficace. Les différentes méthodes peuvent être classifiées en trois catégories principales. La première catégorie comporte des méthodes de communication (conférences, médias etc.) visant à la sensibilisation de la population et à la communication d'informations. La seconde catégorie comprend des méthodes pédagogiques qui ont pour objectif le changement d'attitude. Les méthodes utilisées sont principalement de type « actif – vécu » : groupes de parole, jeux spécifiques, divers modèles de prise de décision, de gestion de situations etc. Enfin, la troisième catégorie comporte des méthodes d'organisation et d'action sociale visant à améliorer les influences environnementales sur le comportement.

L'éducation pour la santé constitue un paramètre vital de la prévention, son objectif étant de combattre efficacement les facteurs de déclenchement des maladies ; en outre, elle vise au changement d'attitude (prévention primaire), par la communication d'informations pertinentes sur les services de santé et les soins disponibles (prévention secondaire), permettant un diagnostic rapide et enfin, une gestion efficace des problèmes complexes de la maladie chronique dans tous les domaines de la vie et de l'action humaine (prévention tertiaire).

Par conséquent, l'éducation pour la santé ne contribue pas seulement à la prévention des maladies, mais, également, à leur thérapie. Il est admis aujourd'hui que la bonne information dispensée au patient, l'assentiment de celui-ci et sa participation sont indispensables pour le succès du traitement thérapeutique. Conformément à la formule de collaboration médecin – malade, ce dernier consulte régulièrement son médecin qui lui apporte son soutien. On trouve fréquemment ce type de collaboration dans les maladies chroniques, telles que le sida (Szasz & Hollander, 1956), où l'information est continue et concerne l'évolution de la maladie, les nouvelles données médicales etc. Selon certaines recherches (Dawwes & Davison, 1994 ;

Farnill & Inglis, 1993), la plupart des malades expriment le désir d'une information complète sur la nature de leur maladie, les risques des méthodes thérapeutiques, les chances de succès, la durée nécessaire au rétablissement, l'éventuelle nécessité de protections spécifiques etc. Ley (1981, 1989), cité par Ogden (2004), qui a élaboré le modèle de l'hypothèse cognitive de l'adhésion, soutient qu'il est possible de prévoir cette adhésion, en associant la satisfaction du malade des conseils reçus, la compréhension de l'information et son rappel. Ley (1989) mentionne également que les malades sont désireux d'obtenir une information aussi complète que possible sur leur état de santé, aussi douloureuse soit-elle. Une branche spécifique de l'éducation à la santé, l' « éducation du patient », consacrée à l'information du malade, a été constituée dans le but de réussir son adhésion au traitement thérapeutique et de lui apporter son soutien afin qu'il puisse faire face à la situation nouvelle.

La *protection de la santé* est l'association des mesures de changement de l'environnement, visant à faciliter le choix de modes de vie sains. Ces mesures concernent l'environnement naturel ou / et humain. Elles peuvent être législatives (ex. usage obligatoire de la ceinture de sécurité pour la conduite de voiture ou du casque pour la conduite de la moto), économiques (ex. taxes sur l'alcool et le tabac), divers types d'aide (soutien psychologique aux individus atteints du VIH/sida) etc.

La *promotion de la santé* est l'association des mesures de prévention, d'éducation pour la santé, de protection de la santé et d'organisation des services dans le cadre d'une participation individuelle et collective.

Thorogood (1992) mentionne trois modes de contribution des sciences sociales à la prévention et la promotion de la santé :

- a) Les analyses institutionnelles du pouvoir et des relations entre structure sociale et action, d'une grande importance, le but de la promotion de la santé étant de repérer les diverses contraintes et de reconnaître la possibilité de mutations sociales.
- b) La compréhension des couches sociales lors de la mise en place des interventions de l'éducation pour la santé : connaissance du cadre socioculturel dans lequel vivent les personnes, de la communauté en tant que principale expression de l'inégalité structurelle etc.

- c) Les études sur les croyances de la population en matière de santé et de maladie. Il s'agit d'études complexes examinant divers paramètres liés aux représentations sociales, aux conceptions, aux attitudes et aux comportements ; leurs conclusions sont particulièrement importantes pour l'ébauche de programmes d'éducation pour la santé.

Selon Nettleton et Gustafsson (2002), une attitude critique face à l'exercice de la promotion de la santé concernerait les questions suivantes :

- 1) L'échec du compromis de la lutte entre l'individu et la structure, se référant aux changements structurels indispensables à une modification du mode de vie des individus.
- 2) La reconnaissance des idéologies subalternes en relation avec la science médicale et le rationalisme, la promotion de la santé considérant que si les contraintes sociostructurelles disparaissent de la vie humaine, les hommes pourront faire des choix de santé rationnels, ce qui correspond, d'ailleurs, aux consignes de la médecine.
- 3) La promotion d'idéologies sexistes, homophobes et racistes. Par exemple, tandis que l'approche de la prévention est faite d'un point de vue global – concernant personnellement chaque individu –, parfois, les conseils donnés s'adressent aux nombreux rôles féminins (épouse, mère...), ce qui rend les femmes responsables, non seulement de leur propre santé, mais aussi de celle des autres (membres de la famille), rendent un mauvais service au projet d'égalité des deux sexes dans toutes les activités de la sphère privée et publique. Nous pourrions donner des exemples similaires concernant les groupes sociaux des homosexuels, des immigrés etc.
- 4) L'erreur du renforcement : l'état de santé est lié à la position socio-économique de l'individu et, alors que la promotion de la santé s'oriente vers le soutien aux groupes sociaux vulnérables, on ne voit pas ces groupes changer de comportement et adopter des modes de vie plus sains.
- 5) L'étendue des pratiques de la santé et de la nouvelle santé publique, qui sont promues en une sorte de nouveau contrôle social. Contrairement à la médecine de prévention classique et conventionnelle, les personnes conseillées dans le cadre de la nouvelle promotion de la santé ne reçoivent pas une simple information, mais sont invitées à adopter un modèle de vie « sain » spécifique

et à procéder à une évaluation continue de l'état de leur santé personnelle. L'objectif n'est pas d'éviter les maladies, mais d'acquérir une bonne santé à tous les niveaux (Kadda et al., 2005).

1.0.5. Mesures de prévention du VIH/sida

L'apparition du sida a fait appel à la mobilisation directe des services sociomédicaux de prévention pour le contrôle de cette nouvelle maladie. Cette mobilisation s'avérée comme une opportunité d'identification des faiblesses et des lacunes des systèmes sanitaires, ainsi que des limites d'action et d'intervention de la médecine. La seule réponse de la médecine, en manque d'un traitement spécifique, était le conseil de l'usage du préservatif, moyen préventif utilisé jusqu'alors pour des raisons de planification familiale. Cependant, un changement de comportement sexuel était nécessaire, en outre, ce qui exigeait plus qu'une simple diffusion d'informations à caractère médical. Donc, le défi du sida concerne tous les trois niveaux de prévention.

On peut classer les mesures de prévention en trois niveaux : a) *médical*, b) *comportemental*, et c) *structurel*. Le premier comprend des mesures qui interviennent sur le corps humain, avec des techniques biomédicales. Celles du second visent au changement ou à la réforme du comportement individuel, alors que les mesures structurelles concernent la modification des conditions sociales.

Le dépistage de la différence entre les trois types de mesures est d'une importance capitale pour la compréhension de la politique de prévention du VIH/sida adoptée par une société (Conrad & Kern, 1986). La majorité des pays développés ont mis en place des mesures qui interviennent à tous les trois niveaux.

Les premières mesures incluent le dépistage du VIH. Avant l'apparition de la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART), le dépistage des personnes infectées avait comme but la protection de la santé publique et non pas celle de l'individu, invariablement conduit à la mort à bref délai. Après 1996 et la découverte de thérapeutiques nouvelles, le dépistage vise également au profit individuel. La personne dépistée séropositive peut suivre très tôt un traitement antirétroviral qui peut retarder l'évolution de la maladie et, donc, prolonger sa vie.

Le second type de mesures englobe : a) les campagnes de communication au sein de la population générale, b) l'information des jeunes dans l'école ou par les pairs (la proposition des matières comme l'éducation de la santé ou l'éducation sexuelle dans le programme scolaire), c) l'information des professionnels qui sont exposés à un risque élevé à cause de la nature de leur métier (professionnels de santé, personnes prostituées etc.), et d) l'information des groupes spécifiques caractérisés comme vulnérables du fait de leurs pratiques, de leurs habitudes ou de leurs modes de vie (homosexuels, usagers de drogues, personnes prostituées etc.).

Les mesures structurelles, d'ordre législatif, servent à soutenir les autres mesures. Or, les mutations sociales ne s'effectuent pas aussi facilement. Les conditions sociales ne se modifient ni rapidement ni par des mesures à caractère obligatoire, comme la loi. Au contraire, elles évoluent progressivement, par une démarche intériorisée propre à chaque société, par la dominance des règles formelles ou informelles, ainsi que par la modification du comportement de la grande partie de la population. C'est pourquoi, il a été noté que les mesures qui visent au changement du comportement individuel peuvent fonctionner en même temps comme des mesures structurelles.

Ces trois modèles des mesures correspondent aux trois aspects de la promotion de la santé que l'on a déjà présentés :

- a) mesures médicales → prévention
- b) mesures comportementales → éducation pour la santé
- c) mesures structurelles → protection de la santé

Dûment planifiées et appliquées, toutes ces mesures, au fil du temps, pourraient amener à des mutations sociales, qui auraient comme résultat : a) la diminution progressive des cas de contamination, but principal de la politique de prévention, et b) la diminution progressive des examens de dépistage qui sont coûteux et peuvent être une cause d'exclusion sociale.

Par ailleurs, dans certains cas, les politiques officielles (étatiques) de prévention stigmatisent directement ou indirectement des personnes ou des groupes spécifiques – souvent, déjà stigmatisés et marginalisés –, engendrant des phénomènes de racisme, d'exclusion et, parfois, de violence contre des personnes et des groupes,

concernés réellement ou de façon imaginaire par le sida (Papathanasiou, 2006). Mais qu'est-ce qui fait du sida le synonyme du mal absolu et provoque des réactions sociales aussi graves qu'intenses ? Nous aborderons cette question en abordant le sida comme une « maladie sociale ».

1.1. Le sida : une maladie sociale

Le concept de « maladie sociale » semble être le résultat du processus d'analyse et d'interprétation de la notion de maladie. Il existe maintes façons d'interpréter une maladie comme étant « sociale » et de la classer comme telle, depuis la raison de son apparition, de sa propagation et de sa diffusion dans une population donnée, jusqu'à l'analyse de sa confrontation par l'ensemble social et ses répercussions sur l'individu et sur la société.

Le caractère social de la maladie est localisé initialement à un niveau théorique, celui du processus de vision par l'ensemble. Ce processus et les caractéristiques imputables à cette maladie sont affectés à la fois par des indicateurs épidémiologiques, tels que la rapidité de propagation, le mode de transmission, le degré de facilité de sa dispersion, la possibilité ou l'impossibilité de guérison, l'ensemble du cours socio-historique de la maladie et, encore, par les structures sociales qui prévalent à chaque fois, les normes, les conditions, les mœurs, les règles, les valeurs et, en général, les conceptions prédominantes. L'image épidémiologique de la maladie peut nettement influencer sa perception sociale, mais ce sont les normes et les systèmes axiologiques qui contribuent de façon déterminante à la vision que l'on en a. C'est, en outre, ainsi que, dans des sociétés différentes ou dans une même société à des périodes différentes, on peut interpréter le phénomène de la considération différente d'une même maladie, présentant des éléments épidémiologiques semblables, et que l'on note des propriétés différentes, comme des niveaux de risque différents. Un exemple caractéristique qui appuie cette hypothèse est la manière différente d'envisager les maladies sexuellement transmissibles, et plus particulièrement la syphilis en Europe, pendant deux périodes différentes, respectivement, au cours du XV^e et XVI^e siècles et pendant le XVIII^e et XIX^e siècles⁹.

⁹ Cf. Sigerist, 1943 ; Hudson, 1972 ; Adam & Herzlich, 1994 ; Tarabay, 2000.

Comme il a déjà été mentionné, l'une des principales préoccupations théoriques, concernant la compréhension conceptuelle de la maladie, repose sur la détermination de ses causes. À la lumière des théories sociologiques, comme celle du fonctionnalisme systémique, la responsabilité est attribuée exclusivement à l'individu, en raison de son mode de vie, chargeant moralement le mode de transmission de certaines maladies, comme la syphilis au cours du XVIII^e siècle et le sida, de nos jours, qui sont interprétées comme une punition du « sexuellement pécheur » pour avoir violé le code moral (Rosenberg, 1986 ; Almond, 1990 ; Brandt, 1985 ; Sigerist, 1943). Si on élargit ce raisonnement, la maladie peut être considérée comme un châtement divin des groupes entiers, des communautés ou des sociétés, leur étant infligé pour avoir violé des règles morales (Sontag, 1978 & 1988).

Dans le cas du sida, la maladie est considérée comme un châtement divin de l'homosexualité, des relations sexuelles libertines, dépassant la réserve prescrite par les conventions sociales et de la conduite sexuelle « anormale » des homosexuels, une position qui a été fortement soutenue par l'Église et le clergé (Sontag, 1988 ; Miller, 1987)¹⁰. L'Église parle de « châtement divin », de « fléau », de « punition », de « signe des temps » et d'« immunodéficience d'une société moralement malade ». Cependant, la mise en parallèle des séropositifs avec les « groupes à haut risque » comprend la notion de culpabilité, à la fois au niveau individuel et collectif (Sontag, 1988), même si la maladie n'est pas considérée comme un châtement de Dieu. Par conséquent, le mode de transmission de la maladie joue un rôle important dans sa structure « idéologique » et dans la charge morale qu'elle reçoit, plus particulièrement lorsque ce mode de transmission concerne la violation, par la conduite sexuelle des individus, d'un code moral ou socialement accepté et imposé (*ex.* homosexualité, prostitution, polygamie). D'après Giami (1994), la théorie sexuelle du sida se réfère à la focalisation opérée sur les modes de transmission du VIH au cours des différentes sortes de contact sexuel. La sexualité associée au sida est vue comme la sexualité

¹⁰ Du 12 au 15 novembre 1989, pendant une conférence internationale qui a eu lieu au Vatican, à l'initiative de l'Église catholique, intitulée « Vivre, pourquoi ? Le sida », le pape Jean-Paul II, lors de son discours, a tenté de donner des réponses d'ordre religieux en ce qui concerne les raisons de l'apparition du sida. « Les causes biologiques, les conditions de l'environnement et les composantes socioculturelles », ainsi que « les problèmes de la toxicomanie et de l'abus de la sexualité » étaient mentionnés comme autant de raisons à l'origine de la maladie. Pour le pape, le sida est un produit de la société pathogène contemporaine. Il déplore « l'immunodéficience des valeurs existentielles » et « la véritable pathologie de l'esprit », ne ratant aucune occasion ni d'invoquer le *life-style* catholique, « un style de vie dans le retour à une sexualité saine », ni de souligner les valeurs morales du christianisme (Tarabay, 2000).

d'autres que soi-même et reste entachée d'une forte composante fautive, sur la base de la perception d'une transgression des normes et des valeurs dominantes dans la société.

Or, en ce qui concerne le sida, indépendamment de la condamnation d'une vie sexuelle déviante, un facteur qui augmente la charge morale de la maladie s'ajoute à ceux, susmentionnés : la transmission du virus parmi les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, suite à l'utilisation d'une seringue commune. La prise de certaines substances, caractérisée comme comportement déviant et portant un stigma moral, se trouve encore plus négativement chargée une fois comprise dans le groupe des modes de transmission du VIH. Elle se trouve, ainsi, rapprochée aux comportements sexuels dénigrés, évoqués ci-haut.

Par la suite, à leur tour, ces conduites sexuelles « dangereuses » chargent négativement la maladie elle-même, qui est désormais perçue comme « immorale », d'où la stigmatisation et l'exclusion des patients ou des « porteurs » potentiels.

La stigmatisation des personnes séropositives ne se limite pas aux seules personnes ainsi contaminées par le VIH. Elle s'étend, aussi, à celles contaminées par transfusion de sang contaminé (hémophiles et multitransfusés) et par transmission dite verticale (mère-enfant). Il est nécessaire, ici, de souligner le développement d'une ligne de démarcation entre séropositifs, qui départage les victimes innocentes du sida des coupables, comme au cas de la syphilis dans le passé (Brandt, 1985). Ce qui différencie les deux catégories est précisément la responsabilité du séropositif. D'une part, les victimes innocentes – c'est-à-dire les individus qui ont été contaminés sans leur propre responsabilité (action ou conduite) – ne portent pas le stigmate de leurs actes, mais exclusivement celui de leur seul état de séropositivité, considéré comme potentiellement dangereux. Ainsi, leur stigmatisation et, par conséquent, les réactions sociales négatives à leur égard sont considérablement faibles. D'autre part, les victimes coupables portent un double stigmate : celui de la maladie et celui de leur mode de vie. Les homosexuels, les usagers de drogues et les personnes prostituées sont responsables non seulement de leur propre contamination, mais aussi de la contamination de « l'autre », conséquence de leurs propres mauvais choix, attitudes et pratiques. La recherche de Giami (1994) concernant l'attitude du personnel hospitalier face aux malades du sida révèle l'existence d'un modèle dichotomique dans les

services de soins, structuré sur les significations opposées « innocent » / « coupable », ayant comme résultat la catégorisation des patients en « bons » et en « mauvais ».

Les observations ci-dessus indiquent l' « indépendance » qu'acquière la maladie et ses porteurs, à partir d'un moment. Cette indépendance, comme l'intégration dans la maladie-même de la perception négative, engendrent des phobies irrationnelles à la population. On observe que **les maladies transmissibles liées à « une faute sexuelle » provoquent une crainte de transmission facile et directe par des contacts sociaux** (Sontag, 1988).

Cette crainte, associée à la condamnation morale de la maladie et l'attribution de la responsabilité exclusivement à l'individu ou au groupe d'appartenance, exerce une influence importante sur le processus de construction de la maladie sociale et définit la charge culturelle et sociale qui lui est associée. Bien entendu, la charge morale et idéologique de la maladie dépend d'autres facteurs, tels que : a) sa provenance inconnue, b) l'incapacité à guérir, et c) la difformité physique et la misère mentale des malades (Sontag, 1978 ; Brandt, 1985). Dans le cas du sida, ces trois facteurs se trouvent réunis : lors des premières années de son apparition, il s'agissait, d'une maladie dont la cause était inconnue – jusqu'au repérage du virus VIH (Avril 1984) –, incurable et fatale jusqu'à nos jours, malgré les progrès de la recherche médicale, dont les symptômes comprennent la difformité physique (*ex.* sarcome Kaposi) ainsi que des troubles mentaux dus à des infections répétées (*ex.* encéphalopathies). Cependant, malgré la coexistence de tous ces facteurs dans le cas du sida – plus que pour toute autre maladie –, les pratiques sociales dénigrées qui constituent les modes de transmission de la maladie semblent jouer le rôle le plus important dans la configuration morale-idéologique, influençant les réactions sociales envers les malades. Autrement dit, la charge sociopolitique de la maladie entraîne un mode correspondant de confrontation de la maladie, qui, à son tour, influe sur son évolution future.

En second plan, le caractère social de la maladie est détecté à partir de l'influence de la société sur le parcours de l'épidémie. L'effet de la société découle soit des politiques « officielles » soit des canaux « officieux », tels que les rôles sociaux, les règles, les valeurs, les coutumes. Jonathan Mann (1990) a parlé des trois catégorisations de l'épidémie : celle de la contamination par le VIH, celle des cas de

sida avéré et celle concernant les réactions sociales, culturelles et politiques. Voici quelques éléments qui illustrent, à notre avis, la dimension sociale, culturelle et politique de l'épidémie du sida.

1.1.1. La dimension sociale

Selon les sciences sociales, on ne peut étudier la maladie en dehors d'un cadre spatio-temporel. Chaque maladie est inscrite dans une zone géographique ainsi que dans une période particulière. On examine, donc, le triptyque : maladie-époque-société. Ces éléments ont des actions réciproques qui se développent parallèlement (Agrafiotis et coll., 1997).

La société ne constitue pas un ensemble de personnes, mais se compose d'êtres-humains, à l'image des cellules qui composent l'organisme humain, selon Durkheim. Dans la nature, il existe des accolements et des divisions, la coopération et le conflit ; de même, dans le corps social, il y a une « essence collante » (Agrafiotis et coll., 1997) qui permet à la société d'exister, de fonctionner, de s'adapter, de se transformer et, enfin, de survivre. Le caractère de ce lien se différencie d'une société à l'autre.

Le sida constitue un outil d'entrée dans l'espace public et privé, un critère de différenciation entre le « normal » et le « pathologique », le moyen d'évaluation des institutions sociales et politiques, l'indicateur de l'état de civilisation et de démocratisation d'une société, dans le monde occidental, en particulier. En sciences sociales, le sida est abordé comme un défi qui dépasse le corps individuel ; il est envisagé comme un défi à caractère collectif pour le groupe, la société, tant au niveau national qu'au niveau international.

Défi pour un groupe social, souvent, dans le cas du sida, pour un groupe social marginalisé comme les homosexuels, les usagers de drogues, les personnes prostituées, qui doit trouver des manières pour subsister biologiquement et socialement, construire un réseau d'information « intérieure », trouver des liens de communication « extérieure » (avec les autres forces sociales), lancer, dans le débat public, ses revendications.

Défi pour une société dont les institutions seront mises en question quant à l'efficacité de leur fonctionnement et leur degré de démocratisation. Ainsi, la société doit trouver des liens entre les groupes sociaux dont elle est constituée, afin de garder sa cohésion ; délibérer sur le choix des contrôles extrêmes, de la marginalisation ou de la stigmatisation, sur le respect des droits de l'Homme et des libertés civiles.

Défi pour la communauté internationale, en cours de mondialisation, car la maladie qui se convertit progressivement en épidémie ou en pandémie, exige la coopération des nations sous l'égide des organisations humanitaires mondiales et la révision des relations internationales. À présent, les inégalités entre les pays développés et les pays en voie de développement sont plus évidentes que jamais.

Le sida a exigé la cohésion, la sensibilisation, la participation, l'action, la solidarité. Il passe de l'intimité à l'extérieur et du privé au public. Un acte si personnel, comme le contact sexuel, devient une affaire publique, un problème collectif.

Depuis l'apparition du sida, individus, groupes et institutions changent leur manière de percevoir, façonner, penser, agir. La question qui se pose sur cette base est celle de savoir *comment* les liens sociaux se différencient dans un cadre spatiotemporel concret depuis l'apparition de l'épidémie du sida.

Le fait que la maladie, à ses débuts, a été dépistée au sein de certains groupes sociaux, a provoqué des réactions collectives d'exclusion (réelle ou imaginaire) de ces groupes-là (Kallinikos & Papaevangelou, 1985). Il y a eu une tension entre la majorité sociale qui s'est sentie menacée et une partie minoritaire considérée comme une menace de désorganisation et de destruction sociale. La stigmatisation, la marginalisation et l'exclusion apparaissent comme autant de mesures de protection sociale (Agrafiotis et coll., 1997).

D'autre part, les groupes sociaux qui ont été mis au ban social, ont développé des mécanismes de « défense » pour survivre socialement, reconstruire une « identité gâchée » (selon Goffman) et faire une « image positive » (Adam, 1993) à la base de la fierté. Par exemple, les homosexuels (des citoyens marginaux) ont réussi à se placer comme des partenaires incontournables dans la lutte contre le sida, en adoptant un rôle officiel dans les mécanismes étatiques (Joffe, 1995). Ils sont devenus des

interlocuteurs incontournables des pouvoirs publics en intervenant dans l'espace public.

Mais, à notre avis, dans le cas du sida, l'évolution la plus importante est l'apparition des ONG, qualifiées par Janine Pierret de «nouveau personnage culturel », dont le but est de soutenir de manière multilatérale des personnes atteintes par le VIH/sida. Comme Adam et Herzlich (1994, p. 117) le soulignent, le sida « constitue le fait marquant de la mobilisation associative ». Les associations de lutte contre le sida, composées de personnes physiquement ou émotionnellement touchées, ont montré l'importance des facteurs émotionnels et relationnels dans la lutte contre toute maladie. En outre, elles ont influencé le changement des relations médecin-patient. Le médecin n'était plus la seule personne en charge, les connaissances actuelles des malades en la matière les mettant sur un pied d'égalité. Dans son ouvrage *Les malades en mouvements*, Janine Barbot (2002) présente un nouveau mode de militantisme, le militantisme thérapeutique, une forme actuelle d'action collective qui a pour objectif l'accélération du système protocolaire des tests avant la mise des médicaments sur le marché.

1.1.2. La dimension culturelle

La culture est un phénomène unique et particulier à chaque société, qui se manifeste dans les ordres qui caractérisent les pratiques individuelles et collectives, le droit écrit et coutumier, les limites entre les relations humaines, les symboles qui accompagnent l'action humaine.

La culture détermine ce qui est considéré comme *tolérable / non tolérable, privé / public, moral / immoral, normal / anormal, légal / illégal*. Comme on vient de le remarquer, au début de son apparition, le sida a été lié à des modes de vie et des pratiques précises. Par exemple, la toxicomanie constitue un choix personnel qui a des conséquences sur le plan social : acte illégal du point de vue juridique, maladie du point de vue médical, péché pour l'Église, situation sociale anormale et, donc, non tolérable. Depuis l'apparition du sida, on parle davantage de l'usage de drogues, on est passé à la distinction entre drogue dure et douce, à la question de la dépénalisation du cannabis, à l'adoption d'une politique libérale sans aucun point commun avec la politique de lutte contre la toxicomanie développée dans d'autres pays.

On peut suivre le même chemin d'analyse pour l'homosexualité. Elle constitue un choix personnel de désir et de plaisir qui représente, en même temps, un problème pour la société, car elle ne permet pas la perpétuation de l'espèce. Pratique sexuelle diabolique pendant le Moyen Age, ennemi substantiel de la race pendant la Deuxième Guerre mondiale, délit, déviance... les qualifications semblent innombrables. Après les années 1960, l'ère de la révolution sexuelle qui semblait déboucher sur l'adoption des mœurs plus tolérantes concernant la sexualité, le sida apparaît comme la maladie des homosexuels, le fléau divin contre *Sodome et Gomorrhe*. Depuis le sida, les cas d'homophobie (terme apparu dans les années 1980) ont augmenté. Les homosexuels sont considérés comme un risque pour l'avenir de la société, car ils portent un virus sexuellement transmissible et minent la procréation humaine. D'autre part, on commence à parler de sexe, de sexualité, de désir, de plaisir corporel, de pratiques. Le mythe d'une seule sexualité expire. Comme le note Carole Vance (1989) : « la sexualité, c'est-à-dire ce que nous considérons comme le plus naturel, le résultat immuable du corps et de la biologie, est, en vérité, instable et variable, le produit de l'action humaine et de l'histoire ». L'hétérosexualité ne constitue qu'un genre seulement des sexualités. La figure bipolaire *hétérosexualité / homosexualité* est détruite par l'apparition de la *bisexualité*, qui a alourdi les différences entre les sexualités. Les relations entre deux hommes et deux femmes sont reconnues dans beaucoup de pays occidentaux et le mariage homosexuel commence à être célébré comme la condition initiale pour la création d'un nouveau type de lien familial, l'homoparentalité.

1.1.3. La dimension politique

Le sida est probablement la maladie qui a entraîné la plus forte mobilisation de l'histoire de la médecine ; par leur intérêt permanent, scientifiques ou experts, responsables administratifs ou politiques, journalistes ou membres d'associations, tous témoignent de la nature exceptionnelle de la menace qu'il représente (Setbon, 1993).

Le sida a mis en débat des questions exclues, jusque là, de l'agenda politique, telles que la santé publique, la solidarité, les libertés. « Jamais une maladie n'avait pris une telle dimension politique », écrit Jean de Savigny (1995). L'apparition d'une

épidémie comme le sida, a mis l'accent sur la dimension sociale de la politique, rendant le rôle de l'État providence encore plus important, comme on peut le constater dans les différents traités de l'Union européenne.

L'histoire du sida montre que les décisions politiques ont un impact remarquable sur le développement et l'affrontement d'une épidémie. C'est précisément ce que Michel Setbon (1993) a mis en évidence dans son analyse des politiques nationales contre le sida en France, en Grande Bretagne et en Suède, en matière de transfusion sanguine et de dépistage. La recherche de Monika Steffen, menée en 1996, concernant les politiques de quatre pays européens (France, Grande Bretagne, Allemagne, Italie), a également apporté des éléments intéressants sur la mobilisation politique face à une maladie menaçant la collectivité. Dans une recherche précédente (Papathanasiou, 2001a, 2009), concernant l'impact social du sida sur l'emploi en France et en Grèce, nous avons montré le décalage entre les politiques publiques de ces deux pays européens.

Au cours des siècles, la protection de la population contre les épidémies a toujours été un souci majeur pour le pouvoir public (Bourdelaïs, 1989, p. 17). Selon Jeffrey Weeks (1977), le sida a éclairé la structure politique dans des sociétés pluralistes. Pour un historien, cette mobilisation montre la dynamique du pouvoir. Cette dynamique du pouvoir a conduit à la qualification du sida d'« épidémie politique » selon l'ouvrage de Patrice Pinnel (2002) qui porte le même titre. Didier Fassin écrit dans le même esprit (1996) : « À cet égard, les grandes épidémies qui ont traversé le monde, depuis la peste jusqu'au sida, constituent de redoutables mises à l'épreuve du politique. Parce qu'elles ont des conséquences démographiques majeures, parce qu'elles mobilisent les peurs les plus incontrôlables, parce qu'elles supposent la mise en œuvre de mesures urgentes et collectives, elles contraignent les pouvoirs publics à prendre des décisions et à entreprendre des actions, mais elles les menacent également de façon directe, par les accusations d'incompétence et même de malveillance qui alimentent régulièrement les rumeurs dans la population ».

Sans nul doute, la lutte contre une pathologie telle qu'une maladie transmissible qui prend les dimensions d'une pandémie, implique l'intervention de l'État et de son appareil politique et administratif. Au niveau national et mondial, les efforts de prévention et de prise en charge du sida, ont exigé la participation d'une grande partie de services sociaux et de services de santé. C'est ainsi que des

faiblesses, des inégalités et des déséquilibres ont été constatés dans plusieurs pays. Le sida a, donc, offert la possibilité d'analyser, de façon articulée, le mode d'organisation sociale et les dispositifs mis en place par les pays pour répondre aux problèmes qu'il pose.

Un autre paramètre concerne les relations entre l'État et ses citoyens. L'État doit développer une politique de prise en charge sociomédicale des personnes atteintes et de protection de la population. C'est ce qu'on appelle « responsabilité étatique », un terrain qui présente un intérêt spécial pour les sciences sociales et politiques, car il permet d'analyser les interactions entre pouvoirs politiques et groupes sociaux.

La mise en rapport initiale du sida à des groupes sociaux minoritaires et, surtout, marginalisés, comme les homosexuels et les usagers de drogues, peut expliquer le retard de la mobilisation politique. En même temps, le sida a également influencé diverses façons l'interaction entre les gouvernants et les gouvernés ; on a vu comment des groupes socialement exclus deviennent des acteurs favorisés dans l'organisation et la planification de la politique sociale. C'est la première fois que les citoyens se sont mobilisés pour une affaire sanitaire d'une manière si intense. Le sida est devenu un enjeu politique en posant directement des questions sur la démocratie et sur les droits de l'homme.

Comme le dit Jonathan Mann dans un texte lu à la conférence de San Francisco, en 1990 : « Le sida se présente comme une révolution dans la santé, une rupture spectaculaire et historique avec le passé, un bouleversement fondamental de notre vie individuelle et collective, un point de non-retour. En effet, aucune autre maladie ou épidémie ayant marqué l'histoire du monde n'a jamais remis en question le « statu quo », comme l'a fait le sida. Jamais, jusqu'ici, même aux temps des grandes pestes qui dévastèrent l'Europe, un problème de santé ne nous a obligés à repenser à une si large échelle la santé de l'individu et de la société et, par conséquent, nos systèmes sociopolitiques ».

Le sida a été la cause d'une des plus grandes mobilisations que les sociétés modernes aient connues relativement à un problème de santé publique (Kirp & Bayer, 1992). D'autre part, cette mobilisation des premières années a conduit aujourd'hui à une « désaffection » (Setbon, 2000), considérée par certains comme une

normalisation. Mais qu'est-ce qui a changé pour nous permettre de parler d'une normalisation du sida ? En fait, le sida reste une maladie transmissible et les mesures de prévention sont les mêmes depuis 1983. Il est toujours une maladie mortelle, malgré l'apparition des nouveaux traitements, qui ont amélioré la qualité de vie et prolongé la durée de vie des personnes atteintes. Au niveau épidémiologique, le sida reste une épidémie avec un nombre important de nouvelles contaminations par an.

Mais, que s'est-il passé en Grèce sur le plan politique et institutionnel, depuis l'apparition du sida?

En Grèce, le Ministère de la Santé est responsable de la politique concernant les affaires de santé publique. Dans le cas du sida, après la liquidation du Comité National contre le Sida, une direction indépendante a été mise en place, en 1992, le Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies (KEELPNO), qui est responsable de la planification et de l'établissement de la politique contre le sida au niveau national. Le KEELPNO a des compétences en matière de consultation et de mise en œuvre à la fois. L'objectif de sa création était de contourner les services administratifs de l'État et de mettre en place une action directe et rapide, comme il en était déjà le cas pour la malaria. Cependant, le sida étant en relation avec le comportement sexuel et la gestion du risque par l'individu, il était nécessaire de mettre en place une intervention centrée sur les seuls aspects médicaux (Agrafiotis et coll., 1997). L'éducation pour la santé ne suit pas le modèle d'une campagne d'information et de prévention qui s'adresse à des groupes sociaux précis à l'initiative des associations privées. C'est pourquoi les campagnes de prévention sont établies par le Ministère de la santé et s'adressent à la population générale.

En Grèce, le sida n'a pas engendré les mêmes mutations institutionnelles au niveau de l'action sociale et de la solidarité que dans les autres pays occidentaux (Agrafiotis et coll., 1997). La raison la plus importante en est l'absence d'une tradition de mobilisation des citoyens dans le cadre des ONG pour des affaires sociales concernant la santé (Papathanasiou, 2001a, 2009).

Enfin, les sciences sociales se sont développées récemment en Grèce. Il n'existe aucune tradition en matière de recherche scientifique appliquée au terrain social et sanitaire. Jusqu'à ce jour, on n'a pas de recherches d'évaluation des mesures de prévention. L'impact des campagnes et le rôle des éléments socioculturels n'ont

pas été évalués non plus. De même, si les données que nous avons à notre disposition concernant les attitudes et les représentations de la population générale sont faibles, nous disposons de peu d'éléments scientifiques en ce qui concerne les groupes marginalisés.

1.1.4. Le paysage épidémiologique en Grèce : quelques particularités

Pendant la période de stabilisation des cas du sida au niveau international, on pensait que les prédictions sombres pour le nouvel millénaire ne s'accompliraient pas. Or, aujourd'hui les données épidémiologiques universelles sur le sida choquent. 3,1 millions de personnes sont décédées à cause du sida dans le monde entier, dont 500.000 étaient des enfants de moins de 15 ans. On estime qu'environ 15.000.000 enfants en ont perdu un de leurs parents ou tous les deux. À la fin de 2004, 39,4 millions de personnes en étaient contaminées. En 2005, les chiffres étaient toujours à la hausse. Selon le rapport d'ONUSIDA¹¹ (2006) sur l'évolution globale de l'épidémie du sida, on estime que 38,6 millions (33,4 millions - 46 millions) de personnes vivaient avec le virus du sida à la fin de 2005. 4,1 millions de personnes ont été contaminées récemment et environ 2,8 millions en ont perdu la vie. À la fin des années 1990, l'épidémie a reculé et, après une courte période de stabilisation, une nouvelle hausse est constatée dans beaucoup de pays. L'Afrique demeure l'épicentre de la pandémie du sida et les données épidémiologiques montrent une tendance des contaminations à la hausse. 8,3 millions de personnes vivaient avec le VIH en Asie, à la fin de 2005. En Europe de l'Est et en Asie centrale, l'épidémie continue à se propager rapidement. Environ 220.000 personnes étaient récemment contaminées, alors que 1,5 million vivaient avec le virus. 53.000 adultes et enfants en ont perdu la vie en 2005, taux deux fois plus élevé qu'en 2003. Le taux de contaminations chez les femmes a augmenté. En Amérique Latine, environ 140.000 personnes ont été diagnostiquées séropositives en 2005. Le nombre total a atteint 1,6 millions. Selon les données épidémiologiques disponibles pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, l'épidémie présente une propagation remarquable dans certains pays. On estime que 64.000 personnes ont été contaminées par an ces dernières années et que le nombre

¹¹ L'ONUSIDA est un partenariat innovant des Nations Unies qui guide et mobilise le monde, en vue de mettre en place un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.

total de séropositifs est de 440.000. Bien que les pourcentages concernant l'Océanie soient bas, l'épidémie chez les Papua de Nouvelle Guinée représente 90% du total des infections dépistées en Océanie (hormis l'Australie et la Nouvelle Zélande). Aux États-Unis et à l'Europe de l'Ouest, les données récentes continuent à montrer une émergence de nouvelles épidémies chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH).

Outre ses incidences sur la vie humaine, le sida, a aussi des conséquences sur l'activité humaine et le développement socio-économique. Aujourd'hui, il existe dans le monde 2.300.000.000 personnes économiquement actives. On suppose que 90% des individus atteints du VIH dans le monde entier appartiennent à la population active.

En Grèce, ces dernières années, le paysage épidémiologique évolue très rapidement. Après une période de stabilisation, on observe une augmentation progressive des contaminations par le VIH. Nous procéderons à la présentation des données épidémiologiques concernant la période de nos recherches, c'est-à-dire de 2005 à 2009.

Presque deux personnes par jour étaient contaminées par le virus du sida en 2005 (taux doublement plus élevé que celui de l'année précédente). Ici, il convient également de mentionner qu'un grand nombre de personnes ne connaissent pas leur statut sérologique. En effet, selon les résultats d'une recherche panhellénique, 92% des personnes interrogées ont déclaré qu'elles n'ont jamais fait un test de dépistage (Ioannidi-Kapolou & Agrafiotis, 2005).

En 2005, 560 nouveaux cas ont été déclarés au KEELPNO (rapport 2006). 74,8% en étaient des hommes et 24,8% des femmes. 31,3% concernaient des HSH (ancienne catégorie : homosexuels / bisexuels) et 26,4% des hommes et des femmes hétérosexuels. Cependant, la majorité des cas ont été classés « indéfinis » quant au mode de transmission.

Le nombre total des personnes vivant avec le VIH en Grèce, dépistées depuis 1983 et jusqu'au 31 décembre 2005 est de 7718. 6166 (79,9%) en sont des hommes et 1503 des femmes (19,5%). Le sexe d'un petit nombre de cas n'est pas communiqué.

Diachroniquement, la tendance de l'épidémie est croissante aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En 2000, le nombre de nouvelles contaminations a diminué, tendance qui a continué jusqu'en 2002. En 2003 et 2004, on a observé une petite augmentation des nouvelles contaminations déclarées par rapport à celles de 2002. Cependant, en 2005, un changement particulièrement important a été enregistré. Le nombre de nouvelles contaminations déclarées par million d'habitants est de 50,6. Donc, une augmentation de plus de 23% est observée par rapport à celui de 2004 et d'environ 39% par rapport à celui de 2002. Cette année, la hausse est observée également aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Parmi les personnes contaminées en 2005, le taux de femmes a atteint le 24,8% et ce pourcentage est le plus élevé depuis l'apparition de l'épidémie au pays.

La diminution remarquable de la prévalence du sida entre 1997 et 2001 peut être attribuée aux nouvelles découvertes pharmaceutiques, les HAART. Le nombre de nouveaux cas du sida au cours des dernières années reste relativement bas. Toutefois, l'impact du sida a augmenté en 2005, car nous observons un taux de 7,85 cas / million, qui peut être encore plus élevé si l'on tient compte du délai pris pour les déclarations.

En 2009 (jusqu'au 31 octobre), 462 nouveaux cas ont été signalés, dont 385 (83,3%) étaient des hommes et 77 (16,7%) des femmes. Parmi les personnes dépistées pour la première fois en 2009, 49 (10,6%) avaient déjà présenté ou ont développé cliniquement le sida pendant cette même année. 44,6% des cas ont été déclarés « indéterminés » par rapport au mode de transmission, 38,1% étaient des HSH (ou 68,8% après exclusion des cas avec un mode de transmission « indéterminé ») et 14,9% étaient des hommes et des femmes hétérosexuels (27%, après exclusion des cas avec un mode de transmission « indéterminé »). Dans un cas, le mode de transmission déclaré concernait une transfusion de sang contaminé (ayant eu lieu à l'étranger). La plupart des cas concernent des individus de 25-44 ans. 17,7% des hommes et 18,2% des femmes avaient entre 25 et 29 ans au moment de l'annonce.

Le nombre total des infections par le VIH (y compris les cas de sida) déclarés en Grèce jusqu'au 31 octobre 2009 a été de 9798. Parmi ces cas, 7881 (80,4%) des personnes déclarées étaient de sexe masculin et 1869 (19,1%) de sexe féminin. C'est la dernière fois que les cas d'infection par le VIH sont répartis selon l'année de

déclaration, étant donné que le système européen de surveillance épidémiologique (The European Surveillance System I TESSY) a adopté l'utilisation de l'année du diagnostic dans le rapport épidémiologique européen sur l'infection au VIH. Dans l'édition actuelle, les tendances diachroniques sont présentées des deux manières, alors que seule l'année du diagnostic sera mentionnée dans le prochain rapport national.

La caractéristique particulière de l'épidémie de VIH en Grèce, au cours de la première décennie du XXI^e siècle, est celle de l'augmentation importante des contaminations après 2004. Cette tendance à la hausse a été également observée en 2008. Plus particulièrement, en 2008, 651 cas ont été déclarés, nombre qui est le troisième plus grand observé depuis la mise en place du système de surveillance. Des conclusions similaires sont établies lors de l'utilisation de l'année du diagnostic. En 2008, on observe le deuxième nombre le plus élevé (après 1998) de nouveaux diagnostics d'infections par le VIH (51,8/million).

Globalement, le contact sexuel constitue le mode principal de transmission du VIH. Plus précisément, 46% des cas d'infection au VIH sont des hommes déclarant avoir été infectés lors de rapports sexuels avec des hommes, tandis que 22,7% étaient des hommes et des femmes déclarant avoir été infectés par le contact hétérosexuel. Dans 24% des cas, le mode de transmission reste indéterminé. Cette catégorie comprend les cas sans mode de transmission déclaré. Les statistiques concernant le mode d'infection ont montré une hausse importante après 2005 pour les HSH. Cependant, le nombre élevé de cas « indéterminés » peut sans doute introduire un biais dans l'évaluation des tendances. Sur les 2220 personnes infectées par voie hétérosexuelle, 34,9% étaient des personnes ayant vécu dans de pays ou en provenance des pays où la transmission hétérosexuelle est fréquente. 18,5% avaient des rapports sexuels avec une personne séropositive dont la source d'infection est inconnue et 31,9% à forte indication de transmission par rapport hétérosexuel.

Dans l'ensemble, la majorité des séropositifs signalés étaient âgés de 25 à 44 ans au moment de la déclaration, tandis que la tranche d'âge à fréquence élevée concerne les 30-34 ans chez les hommes, et les 25-29 ans chez les femmes.

En 2009 (jusqu'au 31 octobre), 73 nouveaux cas de sida ont été signalés, dont 57 (78,1%) étaient des hommes et 16 (21,9%) des femmes. Parmi ces cas, 49 ont également diagnostiqués séropositifs en 2009. 43,8% des nouveaux cas de sida étaient des HSH, alors que dans 31,5% des cas, l'infection a sans doute été causée par un

rapport hétérosexuel. La plupart des nouveaux cas de sida concernent des individus qui avaient plus de 35 ans à l'époque du diagnostic.

Le nombre total de cas de sida déclarés en Grèce jusqu'au 31 octobre 2009 est de 3027, dont 2557 (84,5%) étaient des hommes et 470 (15,5%), des femmes. Les tendances diachroniques de l'épidémie doivent être interprétées à la lumière de deux évolutions importantes dans l'histoire de la maladie, à savoir l'élargissement des critères de diagnostic, en 1993, et l'introduction des multithérapies, en 1996.

Le mode principal de transmission du VIH chez les personnes qui ont développé le sida, reste le rapport sexuel entre hommes (55,6%), suivi des rapports hétérosexuels (pour les hommes et les femmes) (24,6%). Les cas pouvant avoir été infectés par d'autres modes de transmission présentent des taux faibles. Pour 9% des cas, la cause probable de l'infection n'en était pas déterminée. Malgré le rapprochement des cas de malades du sida contaminés par des rapports homo / bisexuels et de ceux contaminés par des relations hétérosexuelles, effectué ces dernières années, la fréquence des transmissions homo / bisexuelles est légèrement plus élevée en 2008. Le taux de cas de sida où l'infection a été causée par l'injection de drogues reste diachroniquement faible en Grèce. En ce qui concerne la sous-catégorie de transmission par rapports hétérosexuels, la majorité des cas de sida concernait des individus qui étaient originaires des pays à transmission hétérosexuelle dominante ou qui y voyageaient (41,7%), suivis par les cas à forte indication de transmission hétérosexuelle, sans informations ultérieures disponibles.

Suivant l'année du diagnostic, le nombre le plus élevé de cas de sida est observé dans la tranche d'âge des 30-49 ans et, plus particulièrement dans le groupe des 30-34 ans.

Le nombre total de cas de décès de malades du sida déclarés en Grèce (jusqu'au 31 octobre 2009) est de 21 personnes. La grande majorité des patients qui en ont perdu la vie étaient des hommes, ce qui révèle la forte proportion d'hommes parmi les personnes vivant avec le VIH. La diminution importante du nombre de décès, à partir de 1997, est due à l'introduction de nouveaux traitements, qui retardent substantiellement l'évolution de la maladie.

1.1.5. Évolution sociohistorique de l'épidémie du sida

Comme on l'a déjà noté, le caractère social de la maladie dépend de sa trajectoire au niveau spatiotemporels. Les maladies infectieuses progressent en phases successives, à savoir la manifestation, l'évolution et la fin. Elles évoluent dans l'axe *temps / espace*, s'adaptant selon les sociétés et les époques (Tarabay, 2000). Le sida a suivi des stades au cours desquels statut social et statut médical se sont trouvés associés.

Nombre de chercheurs en sciences sociales (Aggleton, 1995 ; Berridge, 1996 ; Steffen, 1996 ; Van den Boom, 1998; Rosenbrock et al, 1999) a entrepris d'écrire l'histoire sociale du sida et d'en définir les étapes suivies, depuis le statut de maladie *exceptionnelle* jusqu'à celui de maladie *normale*.

Dans les pays occidentaux, le développement historique du sida peut être découpé en quatre phases :

- 1^{ère} phase (1981-1986) : *indifférence* ;
- 2^{ème} phase (1986-1991) : *mobilisation* ;
- 3^{ème} phase (1991-1996) : *stabilisation* ;
- 4^{ème} phase (dès 1996) : *normalisation*.

La première phase est caractérisée par une indifférence, ainsi que par une profonde ignorance, qui ne seront contrées que par quelques « lanceurs d'alerte » (Setbon, 2000). La seconde phase, liée à l'apparition du test de dépistage, sera marquée par la mise en place de mesures exceptionnelles. La phase suivante voit ces mesures s'inscrire dans un cadre de santé publique sans qu'il y ait, pour autant, une amélioration de l'arsenal thérapeutique. La dernière phase débouche sur une normalisation liée à l'apparition de traitements susceptibles, sinon de guérir les patients, d'en prolonger l'espérance de vie (Dormont, 1998).

Des réactions collectives différentes correspondent à ces différentes phases. Notre étude est inscrite dans le cadre de la période de normalisation de la maladie. Il convient, ici, de présenter les éléments les plus importants de cette période.

1.1.5.1. La phase de normalisation (dès 1996) d'une maladie à caractère exceptionnel

À la fin des années 1990, la politique de santé présente des contradictions. On parle de normalisation par *cut back* : les ressources allouées à la recherche contre le sida sont diminuées, suite au recul des pressions initiales. Les innovations des premiers temps s'institutionnalisent (normalisation par stabilisation de l'exceptionnalisme) ; le sida a permis le lancement de développements nouveaux qui se sont généralisés (normalisation par généralisation de l'exceptionnalisme).

1.1.5.1.1. Soins aux patients - normalisation dans le cadre des tensions entre innovations et (re)médicalisation

Le sida a apporté de nombreuses réformes généralisables aux soins des patients. Alors que le nombre d'options thérapeutiques disponibles augmentait, l'orientation du patient commençait à perdre de son importance. Les routines conventionnelles et le processus de médicalisation gagnent du terrain, l'attention étant portée de nouveau sur la maladie au détriment du patient. Au cours de cette phase, la médecine réaffirme son pouvoir à définir la politique de santé et s'approprie de nouveau les ressources externes (privilèges matériels et symboliques) qu'elle semblait avoir perdu au cours des dernières années. Son rôle redevient prépondérant en regard des autres institutions de santé. Par conséquent, les autres catégories de professionnels de santé (psychologues, infirmiers, assistants sociaux etc.) voient de nouveau leur importance diminuée dans la prise en charge des personnes atteintes.

Dans la plupart des pays du monde occidental, le sida a conduit à une vision moins restrictive des soins accordés aux patients. Des innovations initialement centrées sur le sida ont été développées avec succès, puis étendues à d'autres domaines. Or, ces innovations sont essentiellement dues au rôle moteur des groupes représentant les patients, majoritairement des homosexuels de classe moyenne. Pour les autres groupes, des déficits de plus en plus importants apparaissent suite à la perte de leur pouvoir liée à la normalisation.

En dépit de la gravité de la maladie, les soins aux patients atteints du sida sont essentiellement basés sur une externalisation (soins à domicile), de plus en plus sollicitée, débouchant, dans certains pays comme la France, l'Allemagne et l'Autriche

sur un fossé important entre les politiques liées aux soins portés aux séropositifs et le manque de personnel de soins spécialisé (infirmières, aides soignantes...). L'augmentation de l'espérance de vie des patients rend ce problème plus aigu.

Le sida a permis de reposer l'ensemble des questions relatives à la mort des patients. On constate, pourtant, l'inadéquation des politiques en place avec les phases finales de la maladie, la mort étant trop souvent médicalisée. Ainsi, les mourants sont souvent soumis à un traitement intensif, les questions relatives au bien-être du patient ou à son accompagnement jouant alors un rôle secondaire.

Le sida a également donné l'occasion de la mise en place d'une intégration et d'une continuité des soins dans le système médical. Il a ainsi été prouvé que des routines pouvaient être modifiées et adaptées avec succès, ces efforts, toutefois, pouvant rapidement s'avérer vains, du fait d'une mauvaise mise en œuvre, du rejet des professions concernées ou simplement du fait de manque de conjugaison de qualifications lors d'une coopération.

La normalisation du VIH signifie aussi une augmentation de l'espérance de vie des patients concernés, sans, toutefois, entraîner nécessairement une qualité de vie et l'absence d'intervention médicale. Tous les séropositifs ne sont pas à même de gérer cette situation et, notamment, la médicalisation de leur vie. En effet, nombre d'eux a des problèmes d'adhésion aux thérapies et ne peut faire face à la contradiction de la médicalisation dans le cadre de la normalisation. Ceci est surtout observé parmi les patients de basses classes sociales. Le système de soins n'a pas su s'adapter aux nouvelles problématiques posées par le caractère, désormais chronique, du sida. Sa flexibilité initiale était due aux pressions importantes, qui disparaissent avec la normalisation.

La normalisation du sida signifie sa réintégration au sein d'une politique de santé globale, soumise à des contraintes financières. En Europe, les efforts financiers en faveur du sida reviennent au budget général de la santé et des affaires sociales, ils sont subordonnés, donc, à la politique économique de chaque pays.

1.1.5.1.2. Prévention du sida – entre généralisation, fatigue et retrait

La prévention primaire du VIH est probablement l'une des réussites les plus importantes, relatives au changement de comportement du public dans toute l'histoire

de la santé publique, aucune comparaison ne pouvant être faite avec d'autres domaines (tabagisme, nutrition...). Les messages de prévention adaptés à des groupes spécifiques ont prouvé leur efficacité, ainsi que leur flexibilité, pouvant s'adresser à un public général plus large.

Le concept initial de « groupes à risque » a peu à peu évolué vers la notion de « comportements à risque ». Un grand nombre en a été mis en évidence et a été intégré dans les messages de prévention destinés à la jeunesse et aux personnes prostituées, les rendant d'autant plus efficaces. Les sciences sociales ont ainsi prouvé qu'elles pouvaient jouer un rôle important (Rosenbrock, 1995b).

La recherche empirique est confrontée au fait que les mêmes outils sont, à un instant donné, utilisés dans tous les pays, mais à des degrés divers.

Des problèmes conceptuels et factuels se posent quant à la normalisation de la prévention dont le succès peut se repérer, notamment à cinq niveaux.

Si le risque de contracter la maladie est inégalement reparti en termes de population, on doit se poser la question si les messages de prévention doivent être adressés à la population entière ou aux groupes principalement concernés. Dans le premier cas, la discrimination peut être évitée, ce qui facilite l'assimilation des messages, les groupes principalement concernés risquant alors de recevoir un avertissement inadéquat. Dans le second cas, la population non concernée peut développer à tort des phobies superflues à l'égard des groupes concernés. En Europe, la première solution semble l'avoir emporté contre la seconde. En effet, du simple fait du nombre important d'individus concernés, on peut imaginer que la taille du risque minimum pris ne finit par excéder, d'un point de vue épidémiologique, celle du risque encouru par les groupes principalement concernés. Ainsi, au cours de la normalisation, la plupart des pays ont fait le choix d'une prévention adressée au public général, la prévention des groupes principalement concernés étant laissée à des organisations issues de ces groupes, avec le soutien de l'État. Seuls quelques pays ont fait le choix des messages « explicites », diffusés au grand public, mettant en scène des relations homosexuelles ou des usagers de drogues (*ex.* Suède, France). Aucune solution satisfaisante n'a pour l'instant été trouvée à la question de la normalisation de la prévention, bien qu'il ait été mis en évidence que toute décision à ce niveau

nécessitait une adaptation pragmatique aux cultures nationales (gestion du sexe, de la drogue et des minorités).

Dès les débuts de l'épidémie, il est devenu évident qu'il est plus facile de définir une prévention appropriée que de la mettre en œuvre dans un contexte politique donné. En effet, dans de nombreux pays, l'État a exercé une censure à l'encontre des messages trop explicites en matière de sexe ou de drogue. Quoiqu'il en soit, la normalisation du sida dans les pays européens a permis une plus grande liberté d'expression concernant l'homosexualité, la promiscuité ou les relations extraconjugales.

La prévention à destination des communautés dépend fortement d'un engagement bénévole fort et durable de ces mêmes communautés. Cette constatation a de fait conduit la plupart des pays européens à proposer une aide financière de l'État. Celle-ci permet la stabilisation et la professionnalisation des organisations, mais, d'un autre point de vue, elle induit également des tensions entre une certaine volonté d'autonomie et une dépendance factuelle.

De quelle façon la situation sociale influe-t-elle sur les comportements à risque ou sur l'apprentissage préventif, plus particulièrement quand un risque survenant dans un avenir lointain et incertain doit être contrôlé par un comportement dans le présent? En quoi l'information ou les moyens d'information doivent-ils consister afin que ces obstacles soient surmontés? Ces questions importantes sont traitées en termes pratiques et scientifiques (Luger, 1998).

Ainsi, les mêmes efforts sont également nécessaires dans la course à la remédicalisation du secteur politique, comme des tentatives de limiter la prévention primaire au profit de la détection précoce et du traitement (prévention secondaire).

Les mesures de prévention suivies ont mené à une équilibration endémique, soit en diminuant les cas de contamination soit en les gardant à un niveau bas. Les méthodes innovatrices, utilisées au cours des phases précédentes pour la prévention, font, à présent, l'objet de critiques et de contestations, tandis que des méthodes nouvelles sont appliquées et évaluées.

Enfin, l'action des mouvements sociaux contre le sida montre des signes de fatigue.

1.1.5.1.3. Mais, de quelle normalisation est-il question ?

Depuis 1996, aux États-Unis et en Europe occidentale, dans le débat public domine la perspective de la normalisation du sida (Godenzi et al., 2001). Cette position s'appuie sur le changement du statut médical du sida ; l'introduction des multithérapies antirétrovirales donne un nouveau visage à l'infection à VIH. Le sida se trouve, non plus considéré comme une maladie inéluctablement mortelle, mais comme une maladie chronique. On s'attend à ce que ce changement d'optique conduise à des modifications dans l'interprétation sociale du sida.

L'appréhension du processus de normalisation à partir des quatre phases distinguées par Rosenbrock et al. (1999), met en évidence un trait central de ce processus, à savoir son caractère inachevé.

Setbon (1998) se demande « Y-a-t-il vraiment normalisation ? S'agit-il d'une normalisation dans les représentations du sida ou dans les faits ? ». Pour lui (2000), la normalisation du sida ne traduit pas une modification du problème que constitue le sida, mais un changement dans sa perception. On parle alors d'une *normalisation* de la perception de la maladie et non de la maladie elle-même. Les caractéristiques cliniques de la maladie demeurent invariables, c'est la perception sociale du risque relatif qui change. Cela constitue un risque individuel à la fois « connu » et « maîtrisable », comme ceux liés à l'automobile, l'alcool et le tabac.

Le problème de santé publique représenté par le sida et celui de l'épidémie potentielle qui demeure, sont perçus comme un risque acceptable. Il révèle aussi l'indépendance des gestions publique et individuelle du risque. « La gestion individuelle du risque, livrée à sa propre économie et appuyée sur une perception inadéquate d'un risque de contamination inégalement repart, représente en ce sens un danger épidémiologique. Un alignement de la gestion publique du sida sur la perception sociale et individuelle du risque, aussi tentant soit-il, représenterait une régression de la santé publique au niveau qui la caractérisait avant l'apparition du sida » (Setbon, 2000, p. 76).

1.1.5.1.4. La Grèce : une démarche exceptionnelle

En Grèce, les étapes mentionnées ci-dessus se présentent différenciées et n'ont pas suivi le même cheminement qu'en France et dans les autres pays européens. D'après Agrafiotis et coll. (1997), les causes principales peuvent en être : la réalité d'une épidémie relativement limitée, le fait que la plupart des cas étaient dépistés chez les homosexuels, l'absence d'un mouvement gay, l'organisation concentrée de la lutte contre les épidémies, l'absence de mobilisation des citoyens concernant les affaires sanitaires, et l'absence de recherches dans le cadre des sciences sociales.

Les cas des contaminations par le VIH sont moins nombreux en Grèce que dans les autres pays européens. En Grèce, le paysage épidémiologique du sida se différencie de celui des autres pays européens du sud, où le nombre de contaminations chez les usagers de drogues injectables est élevé, particulièrement tout au long de la zone méditerranéenne de l'Espagne jusqu'à l'ex-Yougoslavie. En Grèce, le taux des usagers de drogues touchés par le VIH est faible. Ainsi, l'idée d'une homogénéité culturelle de la Méditerranée se trouve ébranlée, à cause des différences sociopolitiques entre la Grèce et les autres pays (Agrafiotis, 1991). D'après Agrafiotis, la Grèce n'a pas connu la même industrialisation que les pays de la zone depuis la France jusqu'à l'ex-Yougoslavie.

En Grèce, les personnes les plus touchées sont les homosexuels. Entre 1982 et 1998, on a dépisté 1882 contaminations, dont 1093 concernaient des HSH.

Néanmoins, si le taux se présente élevé dans la communauté gay, les homosexuels sont laissés sans information et l'État n'a pas développé d'actions de prévention à destination de la communauté homosexuelle (Papathanasiou, 2001a, 2009). En ce qui concerne la prévention du VIH, on peut parler d'une information « interne », toute initiative et toute tentative de sensibilisation des personnes homosexuelles contre le sida venant de la communauté homosexuelle elle-même et se développant en son sein.

Les représentations sociales comme approche de contextualisation de la maladie et du sida

2.0. Cadre conceptuel et théorique

Notions fondatrice de la psychologie sociale, mais aussi de la sociologie de la connaissance, le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance sociale, la pensée du sens commun, socialement élaborée et partagée par les membres d'un même ensemble social ou culturel. C'est une manière de penser et d'interpréter notre réalité quotidienne. Les *représentations sociales* sont, donc, à la base de notre vie psychique et sociale. C'est à elles que nous faisons appel pour trouver des repères dans notre environnement. Situées à l'interface du psychologique et du sociologique, les représentations sociales sont au cœur du dispositif social. Elles sont présentes, de fait, qu'il s'agisse des objets de la pensée formelle ou de la pensée sociale. Bref, les représentations sociales sont présentes dans la vie mentale quotidienne des individus aussi bien que dans celle des groupes ; elles sont constitutives de notre pensée, aussi bien en tant qu'organismes du psychisme et des interactions des uns avec les autres qu'en tant que produits de la mentalité collective culturellement déterminée.

2.0.1. Qu'est ce qu'une représentation sociale ?

La théorie des représentations sociales est d'une importance fondamentale pour l'étude et la compréhension des phénomènes sociaux en sciences sociales et, en particulier, par les chercheurs en psychologie sociale. Elle a été développée par S. Moscovici (1961, 1976) et se base sur la théorie de E. Durkheim (1897), qui a évoqué les représentations collectives, par opposition aux représentations individuelles, en soulignant la spécificité de la pensée collective par rapport à la pensée individuelle.

S. Moscovici (1969) lui-même, dans son prologue du livre de Claudine Herzlich *Santé et Maladie*, définissait les représentations sociales comme suit : « ... les représentations sociales sont un système de valeurs, d'idées et de pratiques ayant une double fonction. Tout d'abord, établir un ordre qui permettra aux individus de

s'orienter eux-mêmes dans leur monde physique et social afin de le contrôler. Ensuite, de permettre que la communication prenne place parmi les membres d'une communauté en leur facilitant un code pour l'échange social et un code pour nommer et classer, sans ambiguïté, les différents aspects de leur monde et de leur histoire individuelle et de groupe ». ¹² D'après Moscovici (1988), donc, les représentations sociales nous permettent de classer, de comparer et d'interpréter des éléments cognitifs, et de les objectiver comme des parties de notre environnement social. Les représentations sociales sont formées par le besoin des individus de changer ce qui est « inconnu » en « familier » (Moscovici, 1988) ; « elles trouvent des liens entre les individus et la société, les relations internes / psychologiques et externes / sociales » (Papastamou & Mantoglou, 1995). Nous dirions, donc, que les représentations sociales lient le monde mental du sujet (puisqu'elles se rapportent à l'élément sentimental et imaginaire) au monde social, à la réalité extérieure, étant donné qu'elles sont créées au niveau collectif et qu'elles reflètent le cadre socioculturel dans lequel elles s'intègrent (Ioannidi-Kapolou & Agrafiotis, 2005).

Diverses définitions ont été formulées pour illustrer la notion de représentations sociales. Nous pensons que la « définition générale », formulée par Jodelet (1984), répond de manière synthétique aux questions posées et réunit l'ensemble des dimensions en jeu dans le paradigme du concept de représentation sociale, en tant que référence théorique pour appréhender les phénomènes multiples et complexes de la vie psychique et sociale, à partir de l'articulation entre le méta-système psychologique et le méta-système social, sur fond d'interaction, de communication et de relation : « Le concept de représentation sociale, désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir du sens commun, dont les contenus manifestent l'opération des processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. En tant que telles, elles présentent des caractères spécifiques sur le plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de la logique. Le marquage social des contenus ou des processus de représentation se réfère aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles

¹² Cf. le prologue de S. Moscovici (Herzlich, 1996, p. 11).

circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres » (Jodelet, 1984a, p. 361-362).

La représentation sociale «est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1989, p. 36). Donc, avant tout, les représentations sociales jouent un rôle pratique, en permettant à l'individu de s'approprier la réalité extérieure. À travers les représentations sociales, l'individu est capable de la décoder, de l'interpréter et de la maîtriser. « Il s'agit d'une connaissance souvent présentée comme simpliste, illogique et aberrante, qui obéit en fait à des logiques distinctes de la logique formelle et déductive de la pensée savante » (Peretti-Watel, 2000, p. 200). Elle est basée sur une activité dialectique, comme l'individu doit de l'énoncer, de l'argumenter et de la justifier par un raisonnement. Ce discours vise « à argumenter et à convaincre » (Abric, 1994a, p. 15). En cela, la représentation sociale respecte « l'impératif de conviction » que la rationalité cognitive suppose.

Le terme «représentations sociales» se réfère aux produits et aux processus qui caractérisent le « sens commun » de la pensée – raisonnement pratique à travers un rapport social avec son propre style et sa propre logique, distribué et partagé également entre les membres du même groupe social ou culturel. Depuis la deuxième moitié du XX^e siècle, ce « sens commun » a acquis une place importante parmi les études en sciences sociales, dans le cadre de la convergence des différentes tendances de la pensée anthropologique, historique, psychologique, sociologique et philosophique. Pluridisciplinarité et transversalité sont, donc, les caractéristiques des représentations sociales. Chaque domaine scientifique aborde ce phénomène d'un point de vue différent¹³.

L'approche psychologique des représentations sociales explique le processus et le contenu des connaissances en se référant à la fois à la condition sociale et au contexte social dans lequel cette connaissance est produite et divulguée. Les représentations sociales reproduisent leur objet tout en le transformant sous l'influence des facteurs psychologiques divers (relatifs au processus cognitif, affectif

¹³ Voir en matière de représentations sociales en anthropologie les travaux d'Augé (1974) et de Godelier (1984), en sociologie ceux de Maître (1975), de Michelat & Simon (1977) et de Bourdieu (1982), en histoire les travaux de Duby (1978), de Chartier (1989), de Corbin (1992) et de Lepetit (1995).

et émotionnel) et sociaux (liés à la communication, l'intersubjectivité, l'appartenance sociale, le système social contextualisé dans le temps et dans l'espace).

2.0.2. Organisation des représentations sociales

Nous avons envisagé les représentations sociales comme des structures composées par des éléments informationnels et des attitudes. Comment ces éléments sont-ils organisés ? Nous exposerons, dans un premier temps, ce qu'en est le noyau central et, ensuite, nous aborderons le système périphérique.

Les représentations sociales sont avant tout des ensembles d'informations, de connaissances et de croyances à propos d'un objet, tout de suite définies comme des ensembles organisés. Pour arriver à la représentation sociale, il faut d'abord passer par plusieurs étapes qui en permettent l'élaboration progressive : l'*objectivation* et l'*ancrage*. Grâce à ce processus, un noyau figuratif de la représentation est créé qui n'est finalement que la sélection de quelques éléments de la théorie, objet de la représentation. « Le noyau est donc simple, précis, imagé et cohérent, il correspond également au système de valeurs auquel se réfère l'individu, c'est-à-dire qu'il porte la marque de la culture et des normes sociales ambiantes. » (Abric, 1994a, p. 21).

Le noyau central se trouve au cœur même de la représentation. Ses deux fonctions principales donnent sens et cohérence à la représentation. La première est une *fonction génératrice*. En effet, le noyau central est le pôle de référence qui donne une certaine importance aux différents éléments constitutifs de la représentation. La seconde est une *fonction organisatrice*. Effectivement, le noyau central organise aussi les liens qui existent entre les éléments de la représentation. En même temps, il unit ces différents éléments pour en former un ensemble cohérent. Du fait de ses deux fonctions, le noyau central assure une stabilité temporelle à la représentation, ce qui explique qu'une représentation se maintienne même quand elle est remise en cause par des faits ou des situations particulières (Kohl, 2006).

Le noyau central est clairement lié socialement aux hypothèses historiques, sociologiques et idéologiques. Il est directement lié aux valeurs et aux règles et définit les principes de base autour desquels s'élaborent les représentations.

Les éléments périphériques de la représentation s'organisent autour du noyau central. Ils constituent le contenu essentiel, le plus vivant et concret, de la représentation, incluant des données collectées, sélectionnées et interprétatives, des jugements établis autour de l'objet et de son environnement, des stéréotypes et des croyances. Ces éléments sont hiérarchisés et jouent un rôle important dans la concrétisation de la signification d'une représentation.

Les éléments périphériques remplissent trois fonctions :

- 1) La **fonction de concrétisation** : ils assimilent les éléments de la situation dans laquelle la représentation est produite et permettent sa composition par des termes concrets, directement compréhensibles et transmissibles.
- 2) La **procédure de régulation** : afin de ne pas mettre en doute les bases de la représentation, une nouvelle information peut être assimilée soit en lui donnant une importance mineure, soit en l'interprétant à nouveau conformément au sens central.
- 3) La **fonction de défense** : étant donné que le noyau central de toute représentation résiste au changement, le système périphérique fonctionne comme un système de défense. Des contradictions peuvent apparaître et être acceptées dans le système périphérique.

Par opposition au système central, le système périphérique est plus individuel, plus lié à des caractéristiques atonales, ce qui permet une adaptation, une différenciation par rapport au vécu, une assimilation des expériences quotidiennes. Il permet, au sein du système de la représentation, l'acceptation d'une certaine hétérogénéité du contenu et du comportement.

D'après Flament (1987), le système périphérique entreprend la jonction entre le noyau central et les pratiques sociales. Dans des conditions normales, chacun fait ce qu'il pense. Il existe, donc, une correspondance entre le monde symbolique et les pratiques sociales. Par conséquent, dans ce cas, les formes de conduite constituent l'extériorisation du noyau central à travers une pratique sociale appliquée.

Cependant, il y a de nombreuses situations où le sujet ne réagit pas comme prévu, estimant qu'il se trouve dans des conditions particulières justifiant des comportements spécifiques. La spécificité ou la rareté de ces conditions permet, donc,

à l'individu d'agir même en opposition complète par rapport à la représentation (Katerelos, 1996).

Cela étant, plus qu'un moyen d'interprétation du monde pour l'individu ou le groupe, les représentations sociales jouent également un rôle déterminant dans la configuration du comportement de l'individu.

D'après Abric (1994a), la représentation est un « guide d'action », qui dirige les actions et les relations sociales. Cette fonction des représentations sociales est la « fonction d'orientation », selon le terme d'Abric. Cette dernière est considérée comme la dimension culturelle de la représentation, car elle détermine ce qui est juste, acceptable ou non-acceptable dans un contexte social donné.

Nous pouvons, donc, supposer que le comportement dépend de l'image altérée de la réalité et que celle-ci dirige les pratiques à adopter.

Par conséquent, les représentations sociales, sont les « défauts » structurés et systématiques subis par tout objet cognitif à un endroit et une heure précis. Comme le dit Abric, la « réalité objective » n'existe pas : au contraire, toute réalité est représentée, c'est-à-dire qu'elle est assimilée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif, devenant une partie intégrante du système de valeurs qui dépend de l'histoire et l'environnement idéologique qui l'entoure. C'est cette réalité assimilée et reconstruite qui constitue, pour l'individu ou le groupe, la réalité elle-même (Abric, 1994a). C'est une image « altérée » qui nous donne, cependant, la possibilité de nous rapprocher des objets et des significations pour les rendre compréhensibles.

Nous aborderons les représentations sociales en adoptant la définition de Jodelet, c'est-à-dire en les considérant comme une forme de « pensée sociale », qui, comme elles sont créées sur un plan social à travers l'échange social, dans un endroit et une heure précis, capturent une image de la réalité telle qu'elle permet de comprendre le monde et rend plus facile la communication entre les membres d'un groupe social.

Cette « pensée sociale » interprète et classifie les nouveaux éléments cognitifs, guidant également le comportement des individus. On peut, donc, conclure que toute production psychosociale et pratique se reflète dans les représentations sociales.

L'examen des représentations sociales d'un groupe de population donné, permet d'en avoir une image de sa conduite et comprendre, également, les facteurs psychosociaux qui l'ont déterminée.

Les représentations sociales sont organisées et fonctionnent sur la base de certains mécanismes que nous développerons ci-dessous.

2.0.3. Objectivation et ancrage

Comme nous l'avons vu, selon Moscovici (1988) les représentations sociales émergent de notre besoin de nous familiariser avec l'inconnu, le nouveau.

Ceci est réalisé par l'exploitation de deux mécanismes : *l'objectivation* et *l'ancrage*.

L'objectivation concrétise l'abstrait en changeant une signification en image ; *l'ancrage* permet d'intégrer dans notre structure cognitive quelque chose qui nous est inconnu, nous paraît étranger ou même nous fait peur (Papastamou, 1989). Par conséquent, on peut dire que l'objectivation facilite la communication, indispensable à la création des relations sociales, puisque chaque concept acquiert une image qui devient compréhensible de l'ensemble social. Par la procédure d'ancrage, de nouveaux éléments, qui s'intègrent dans notre système cognitif, sont classés selon des systèmes de classification ou de typologie d'individus et de situations préexistants.

2.0.4. Principes organisateurs et représentations sociales

L'un des pôles théorico-méthodologiques les plus prisés, à l'heure actuelle, est l'étude des principes organisateurs des représentations, apparue dans les années quatre-vingt. Elle permet de plonger au cœur des relations et des appartenances sociales, en étudiant la manière dont elles interviennent, ainsi que les dynamiques individuelles, pour faire des représentations partagées par des groupes sociaux de véritables systèmes dynamiques et évolutifs.

Selon Doise (1985), toute personne communiquant avec d'autres participe à la construction de dynamiques interindividuelles et de rapports sociaux. À travers la

communication, elle contribue à la reproduction et à l'actualisation des normes sociales et des représentations idéologiques. Il est, donc, nécessaire d'examiner les liens entre processus cognitifs et régulations sociales dans différents contextes relationnels, afin de comprendre l'efficacité des représentations sociales. Pour Doise, tout comme pour Moscovici, les communications sont à placer au premier plan des facteurs participant à la formation des représentations sociales et leur servant de vecteur. Il développe sa conception des *principes organisateurs* des représentations, que l'on peut découvrir dans une définition devenue classique : « Les représentations sociales sont des principes générateurs de prises de position liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports » (1985, p. 245). Selon Doise lui-même, dans une telle définition on retrouvera un composant d'inspiration sociologique et psychosociale. L'accent est mis sur la spécificité et la multiplicité des expressions individuelles. La diversité des prises de position (s'exprimant au moyen des opinions, des attitudes etc.) et la diversité des insertions sociales constituent les deux grandes sources de variations produites à partir des principes organisateurs communs : « (...) du consensus comme d'un accord entre individus se manifestant par la similitude des réponses, on passe au partage de points de références, de prise des positions » (Clémence et al., 1994, p. 122). Les principes organisateurs des représentations sociales regroupent, entre autres, les principes d'opposition et d'hiérarchisation, attachés à la théorie des champs de P. Bourdieu, ceux de dichotomie, d'adaptation, d'assimilation et de syncrasie, décrits par Moscovici (1961), ceux de différenciation catégorielle indissolublement liés, selon Doise (1986), aux relations intergroupes et prenant un sens dans les représentations sociales. En effet, Doise reprend les deux processus liés, selon Moscovici, à la formation et au fonctionnement des représentations – l'objectivation et l'ancrage – et y adjoint les principes organisateurs. Comme Doise remarque : « L'étude des représentations sociales ne sera jamais exhaustive (...) mais elle sera plus complète quand elle fera recours à l'articulation de modèles et de niveaux d'analyse » (1986, p. 91).

D'un point de vue opérationnel, l'approche de la représentation sociale offre deux notions-clefs qui permettent d'articuler les systèmes cognitifs et les systèmes de comportement : le *sens* et le *filtre* (Apostolidis, 1994). Le *sens* se réfère à la signification attribuée à une conduite concrète, simultanément au niveau individuel et

au niveau collectif. La représentation s'appuie sur les processus d'attribution et de construction sociale, dont une des fonctions – comme on l'a déjà décrit – est de rendre l'étrange familier. En outre, comme un réseau d'ancrage des significations relatives à l'objet, le *filtre* renvoie à un cadre interprétatif. Ce mécanisme permet aux membres d'un groupe de maintenir leur cohérence et leur consensus. Une information discordante avec la théorie à laquelle adhère le groupe social vis-à-vis d'un objet important pour lui, peut être sélectionnée ou rejetée (Morin & Apostolidis, 2002). L'approche de la représentation sociale est en relation avec la conception de l'individu comme « sujet – acteur », située dans un cadre socioculturel concret, dont la pensée n'aurait pas comme but unique la « curiosité intellectuelle » (Heider, 1958), mais également « une logique de maîtrise des situations » (Jodelet, 1989).

2.1. Santé, maladie et représentations sociales

En psychologie sociale, les représentations se sont développées dans une pluralité des perspectives conceptuelles et méthodologiques. La question de la maladie a occupé une place prépondérante dans les études s'inscrivant dans la théorie des représentations sociales.

Selon Petrillo (2000), le social, en tant qu'objet d'intérêt et de quête de la psychologie sociale de la santé, n'est guère l'environnement ou le milieu qui formalise les comportements et provoque les maladies, mais, plutôt, ce qui fournit « un système d'interprétation générale du monde » (p. 14). Le cadre conceptuel et théorique des représentations sociales constitue un moyen privilégié pour mettre à l'épreuve cette conception, du fait qu'il traite l'imaginaire, les idées ou les symboles socialement partagés.

Les travaux de Claudine Herzlich *Santé et Maladie, analyse d'une représentation sociale* (1969, 1996) et de Denise Jodelet *Foibles et représentations sociales* (1989b), en sont des exemples paradigmatiques. Ces œuvres illustrent les études de « longue date » et se basent sur des méthodologies qualitatives.

Dans son étude, Herzlich met en évidence la maladie comme une expérience commune (nous avons tous été malades un jour) ; on est malade ou en bonne santé pour soi-même, mais, également, pour la société : la maladie est vécue, subie individuellement, mais, aussi, apprise. Par la rencontre avec les institutions, avec les

prescriptions, des rôles se différencient, des normes de conduite s'imposent. De ce fait, étudier la représentation sociale de la santé et de la maladie consiste à observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales et de modèles culturels est pensé et vécu par les individus, le mode de l'élaboration logique et psychologique de l'image de ces objets sociaux que sont la santé et la maladie.

La monographie de Jodelet sur la folie offre une illustration paradigmatique de ce qu'est une analyse psychosociale en termes de représentations sociales dans le domaine de la maladie. L'analyse des représentations sociales de la maladie mentale, de son étiologie et de ses expressions a facilité l'observation des pratiques d'isolement et de ségrégation (mise à distance topologique, interdiction de contact avec les enfants, séparation des objets quotidiens) à l'égard des pensionnaires – privés de leurs droits civiques –, montre que les gens optent pour une attitude défensive, sous-tendue par les théories partagées par la communauté à propos de la maladie mentale, associée à l'insalubrité, la dégénérescence, l'hérédité, la souillure ainsi qu'à des croyances sur la « transmissibilité de la folie » par les liquides corporels, comme s'il s'agissait d'une maladie contagieuse.

Plusieurs travaux, dans ce domaine, ont permis d'illustrer de quelle manière, la maladie, en tant que réalité présentée, renvoie à la mise en relation entre « l'ordre biologique » et « l'ordre social ». Comme Claudine Herzlich (2001) le remarque, « nos représentations ne nous renseignent pas seulement sur la relation que nous entretenons avec les phénomènes corporels et notre propre état de santé, mais sur les relations qu'à travers eux, nous entretenons avec les autres, avec le monde et l'ordre social » (p. 198). Cependant, ce phénomène ne caractérise pas seulement une société, une culture ou une période historique précise, mais, selon la recherche anthropologique, toutes les sociétés sont soumises au lien entre l'ordre biologique et l'ordre social. D'après Susan Sontag (1988), la maladie est une métaphore. De ce point de vue, lorsqu'on se réfère à la maladie, en réalité, on parle de la société et de notre relation avec elle (Herzlich, 1995).

Plus particulièrement, les relations entre la santé, la maladie et les représentations sociales ont été clairement établies depuis la théorie parsonienne. Parsons (1951) les a identifiées comme suit : « La santé apparaît de la manière la plus immédiate comme une des conditions requises pour le fonctionnement de tout

système social... Un degré trop élevé de maladie, un degré trop bas de santé apparaissent comme dysfonctionnels par rapport au fonctionnement du système considéré. À l'inverse, la maladie est "une forme de déviance" ».

Ces relations s'avèrent être un élément fondamental de l'organisation sociale, garantissant ou non un certain équilibre tant au niveau institutionnel qu'au niveau interpersonnel (Pitaud & Richetto-Redonet, 2005). Claudine Herzlich (1969, 1996) a consolidé cette considération : « Être malade, être en bonne santé, c'est semble-t-il d'abord une expérience individuelle qui ne peut être partagée. Pourtant, nous savons que l'incommunicabilité est déjà une référence aux autres ; on est malade ou bien portant pour soi, mais aussi pour la société et en fonction de la société ». Donc, l'expérience d'être malade est inscrite dans le discours profane. Tout un chacun porte sans doute un regard personnel et subjectif sur sa propre maladie et sur sa propre santé. Mais ce regard particulier se traduit dans un discours qui se veut savant, mélangeant des éléments des connaissances « naïves » et « scientifiques ». Dès lors, chacun peut composer avec le fait d'être malade ou en bonne santé, que lui-même ou un tiers soit concerné (Pitaud & Richetto-Redonet, 2005). La maladie constitue donc un élément d'influence les relations interpersonnelles.

Le regard psychosocial des représentations consiste à mettre en place un travail de contextualisation pour analyser la pensée sociale dans le domaine de la santé et de la maladie (Morin & Apostolidis, 2002). Une perspective d'opérationnalisation consiste à étudier les contenus d'une représentation à partir des matériaux rationnels, afin d'analyser la construction d'un « état des savoirs et des significations » et d'examiner « la dynamique de leur production et de leur liaison aux pratiques, aux interactions, et aux prises de position sociales » (Jodelet, 1992, p. 109).

2.2. Les représentations sociales dans l'étude du sida

Un champ d'application qui a particulièrement mobilisé les approches des « représentations sociales » est celui du sida. Dès son émergence, le sida a attiré l'attention des chercheurs en sciences sociales.

Le sida n'est pas uniquement une maladie du corps individuel, il est, en outre, une maladie sociale qui lie l'intuition du monde biologique à celle du monde social, puisque nous sommes appelés à le définir, l'interpréter et à nous situer par rapport à

lui, dans le but de gérer le présent, mais, aussi, de prévoir l'avenir.

Dans le processus d'interprétation de « l'inexplicable », les gens font appel à la perception antérieure des événements lui étant associés, en élaborant une représentation, dans laquelle des images et des informations se trouvent amalgamées à des opinions, des convictions, des stéréotypes, des archétypes, des valeurs et des règles sociales. Le sida a été interprété sur la base des croyances préexistantes et des opinions concernant les membres des groupes dits à risque (homosexuels, usagers de drogues, prostituées). Il a ainsi été lié à des stigmates préexistants (Apostolidis, 1998), en acquérant une fonctionnalité psychosociale par les formes archétypes de la paire antithétique « innocent » / « coupable ».

En matière de transmission du sida, il est très important d'étudier les représentations sociales qui s'y appliquent, car elles sont révélatrices de la façon dont l'individu perçoit le risque de contamination du virus VIH et y fait face. En ce qui concerne la prévention, par exemple, les faits montrent que, lorsque l'information reste un sujet critique, l'existence d'une information valide ne contribue pas au changement de conduite, si les représentations du public concernant le sida ne sont pas interrogées au préalable (Marquet et al., 1998). D'ailleurs, d'après des observations (Moatti et al., 1988 ; Moatti et al., 1989 ; Hubert et al., 1998), lors des études KABP, la connaissance ne mène pas toujours à un changement de comportement. M. Pollak et J.P. Moatti (1990), qui avaient étudié la perception du risque associé au comportement sexuel, ont signalé que, du moment qu'il n'existe pas de relation claire entre la connaissance et l'attitude ou le comportement manifeste d'une personne envers le sida, la recherche devrait se concentrer sur la dynamique des relations sociales qui affectent le comportement. Les représentations sociales sont un outil pour l'évaluation de ces relations sociales et de leur dynamique dans un contexte socioculturel.

Un grand nombre de recherches sociales sur le sida¹⁴ mettent l'accent sur l'étude du niveau des connaissances concernant les modes de transmission du VIH et du degré de changement du comportement des individus afin d'éviter une éventuelle infection. Voici certaines conclusions communes de ces études :

¹⁴ Concernant la Grèce, cf. Ioannidi, 1996 ; Agrafiotis et coll., 1997 ; Ioannidi-Kapolou & Agrafiotis, 2005.

- Les connaissances autour du sida (définition, origine, modes de transmission etc.) évoluent dans le temps et semblent de plus en plus précises.

- L'attitude face au sida et aux malades du VIH/sida ne dépend pas de la quantité ni de la précision de la connaissance ni du degré d'information, mais des attitudes préexistantes à l'égard des personnes appartenant aux « groupes à risque ». Par exemple, une attitude négative envers les homosexuels, sans le moindre doute le groupe social le plus stigmatisé en ce qui concerne le sida, mène à une attitude négative envers le sida lui-même et ses victimes.

- Parmi les facteurs qui influencent le plus les positions face au sida, on compte les opinions négatives au sujet des homosexuels et l'imputation, à eux, de la responsabilité de la propagation du sida. Les individus avec des attitudes moins négatives face aux homosexuels réalisent davantage le risque de transmission du sida par d'autres moyens que les relations sexuelles.

Dès l'apparition du sida et pendant la première décennie, la préoccupation émergente à caractère urgent des professionnels de la santé publique était la diffusion de la connaissance médicale, une connaissance appropriée à la prévention des risques de transmission du virus, appliqué surtout dans le domaine de la sexualité. La conviction dominante était que les « bonnes » connaissances conduiraient à une modification des comportements (sexuels) et à un contrôle de la propagation rapide de la maladie. Malgré un « bombardement massif » d'informations sur le public, défini comme « général » ou « ciblé », au moyen des campagnes publiques de prévention, les experts de santé publique se sont trouvés confrontés à un résultat pour le moins irritant : l'écart entre les « bonnes » connaissances acquises et les comportements effectifs. Les croyances décalées du savoir médical, concernant les conditions de la transmission du VIH, jugées dangereuses selon les critères épidémiologiques, semblaient se maintenir contre tout. Selon les résultats de diverses recherches, les gens ne changent pas de comportement tant qu'ils considèrent que le sida est la maladie qui touche « l'autre » et qu'ils n'en sont pas concernés.

D'après Jodelet, pour analyser et expliquer la dynamique psychosociale de tels phénomènes, du point de vue des représentations sociales, l'opposition « vrai » / « faux » n'est pas pertinente. Il ne s'agit pas de mesurer les bonnes et les mauvaises réponses, mais de comprendre la logique de la construction de ces « croyances

erronées ». Il convient, donc, d'analyser leur ancrage dans le domaine des valeurs et leurs fonctions de régulation des relations sociales. Il semble que le sida est attaché à une croyance – largement partagée – qui s'appuie sur une image préconstruite, selon laquelle la contamination est possible même par un simple contact social avec le « porteur » du VIH. Cette croyance semble constituer le principe organisateur de la construction des représentations sociales du sida pour plusieurs personnes (Jodelet, 1989a ; Comby et al., 1993 ; Fabre, 1993 ; Morin, 1996). L'attribut de contagiosité¹⁵ constitue un facteur clé dans les déterminations des comportements face aux personnes atteintes du VIH/sida. Comme Morin et Apostolidis le font remarquer (2002, p. 483) : « Il est un facteur illustratif plausible des variations de la “distance” que les non-malades établissent ou jugent acceptable, entre eux et les personnes atteintes ».

Des recherches en sciences cognitives corroborent l'analyse développée ci-dessus dans le cadre des représentations sociales. Plus précisément, les travaux de Bishop (1991, 2000) ont montré que la contagiosité et la dangerosité sont les deux catégories fondamentales et prototypiques par lesquelles les profanes classent les maladies et déterminent leur réactions vis-à-vis des malades. Dans le cas du sida, paradoxalement, aux yeux des profanes, la maladie est plus proche de la grippe que d'autres maladies graves mais définies comme non contagieuses. De même, dans notre recherche sur la vie professionnelle des personnes atteintes du VIH, nous avons démontré la stratégie développée par les séropositifs dans le milieu du travail pour éviter la stigmatisation et le rejet. Quand les employés séropositifs annoncent leur maladie, ils choisissent la voie des « semi-vérités ». Ils présentent des pathologies qui manifestent des signes cliniques semblables au sida, mais qui ne sont pas considérées « contagieuses » (Papathanasiou, 2001a, 2009).

Le plus intéressant est que cette croyance est renforcée par le fait que, contre toute attente, les personnes qui sont en contact avec les personnes séropositives, sont également beaucoup plus attachées que celles qui n'ont aucune expérience concrète des malades du sida, à des idées de risque de contagion (Jodelet et coll., 1994). Selon diverses recherches en sciences sociales, il y a deux facteurs qui joueraient un rôle très important au développement des réactions face aux personnes séropositives :

¹⁵ Présent aussi dans le cas de la maladie mentale, comme Jodelet l'a montré dans son travail sur la folie (1989b).

l'*expérience*¹⁶ et la *proximité*¹⁷ (Papathanasiou, 2001a, 2009). « Ce double postulat optimiste professionnaliste et angélique est rarement énoncé ou avoué dans une forme aussi simple, mais il constitue une base d'argumentation d'autant plus utilisable qu'elle est enracinée dans des croyances communes largement répandues. » (Morin et al., 1998, p. 12). On pensait donc que l'expérience et la proximité permettraient la correction des « croyances erronées ». Cependant, les personnes qui sont proches des personnes vivant avec le VIH/sida (PVS) manifestent plus de craintes par rapport aux risques de transmission par les fluides corporels (salive, sueur, larmes...) ainsi que par le contact corporel (serrer la main, embrasser...). D'autre part, elles peuvent également s'appuyer sur les « croyances erronées » pour exprimer leur refus de mettre de la distance entre eux et les PVS (*ex. barebacking*¹⁸). La recherche de Shuff et al., (1991) chez les bénévoles des associations de lutte contre le sida révèle que la plupart d'entre eux se croient exposés à une menace de transmission à un degré beaucoup plus élevé du fait de leur bénévolat.

Ceci ne les empêche pas de répondre correctement aux questions difficiles qui examinent leurs connaissances « médicales » de manière standardisée. « C'est qu'en effet, il existe entre le savoir légitimé et diffusé (l'information médicale) et les croyances auxquelles on adhère avec plus ou moins de force, un rapport de concurrence qui ne se termine pas de manière définitive par le triomphe du savoir "juste" » (Morin & Apostolidis, 2002, p. 483-484). En fait, on ne peut pas appliquer un modèle de dichotomie dans le champ social pour clarifier les jugements quotidiens en termes de *bon / mauvais, risque / sécurité, tolérance / rejet, moral / immoral, vrai / faux*. L'individu répond à chaque situation d'une manière différente. Il y a divers degrés dans les convictions qui varient selon les situations. Souvent, le remplissage d'un questionnaire est basé sur la stratégie du choix de la bonne réponse correspondant

¹⁶ Selon une recherche rétrospective, publiée par le *New England Journal of Medicine* (Kitahata et al., 1996), auprès de 403 patients infectés par le VIH suivis dans un hôpital de 1984 à 1994 par 125 médecins, les patients suivis par les médecins les plus expérimentés présentaient un risque de décès de 31% à 43% moins élevé que ceux qui étaient suivis par les moins expérimentés.

¹⁷ Expliquée par la théorie du contact d'Allport (Werth & Lord, 1991), la proximité avec des malades du sida permet d'atténuer les craintes et les préjugés « irrationnels ». « Le contact avec des étrangers ou des personnages inquiétants ou dévalorisés amènerait à un remaniement du système de représentations et renforcerait progressivement l'acceptation d'un autrui a priori stigmatisé » (Morin et al., 1998, p. 12).

¹⁸ Pratique qui consiste à avoir des relations sexuelles avec pénétration non protégée par un préservatif, et avec un partenaire qui ne se protège pas non plus. Littéralement « chevauchée à cru », le terme désigne la pratique de rapports sexuels non protégés, et par extension un courant polymorphe prônant le culte et la revendication de cette forme de pratique sexuelle, ainsi que le culte du sperme.

au discours hégémonique des messages de santé publique (Paicheler & Quemin, 1994 ; Truchot, 1996), comme un type de conformité sociale.

Maladie et responsabilité : états des lieux et perspectives psychosociales dans le contexte du sida

3.0. Qu'est-ce que la responsabilité ?

La liberté et la propriété, ces deux valeurs libérales des sociétés contemporaines, sont étroitement liées à la responsabilité : tout individu est responsable à l'égard des autres, des conséquences de ses actions, bonnes ou mauvaises (quand elles lèsent autrui dans ses droits ou dans sa propriété), que elles soient volontaires ou non (la négligence n'éluant pas la responsabilité). La responsabilité doit évidemment être établie, par défaut chaque personne bénéficie de la présomption d'innocence.

Dans le discours ordinaire, les références à la responsabilité des acteurs sont quotidiennes et, à première vue, elles semblent très hétérogènes. Affirmer qu'une personne est responsable est une manière d'exprimer des jugements sur toutes sortes de devoirs et d'obligations qu'on lui attribue, qui apparaissent de prime abord infiniment divers et sans véritable fondement commun. Néanmoins, dans presque tous les cas, on peut noter un élément important de la reconnaissance contemporaine de la responsabilité d'une personne (ou, au contraire, du déni de sa responsabilité) et l'existence (ou l'absence) d'un choix volontaire de sa part. Ce lien entre responsabilité et liberté est caractéristique de la modernité, et s'oppose clairement à la pratique ancienne où la responsabilité était liée à la matérialité d'un acte commis, sans que le caractère volontaire de l'action n'entre en ligne de compte (Guillarme, 2008)¹⁹.

La responsabilité se trouve au centre de la vie collective. Elle constitue une condition nécessaire pour la coexistence des hommes et le bon fonctionnement de la société. Il s'agit, en fait, d'une réalité sociale dans laquelle l'individu doit s'adapter dès sa naissance au moyen des mécanismes formels et informels. La responsabilité est liée à l'intelligence, comme Fauconnet le souligne, à propos de l'irresponsabilité des

¹⁹ Sur la logique objective des pensées classiques en matière de responsabilité, cf. Adkins, 1960.

animaux. Les enfants également, perçus comme des êtres en voie de développement psychocorporel, ne portent aucune responsabilité de leurs actes. C'est dans le cadre de la scolarisation, système initial de socialisation, qu'ils apprennent à être responsables. Donc, la responsabilité est acquise ; il s'agit d'une *connaissance*, et comme toute connaissance, elle constitue une composante des représentations sociales.

En tant que produit culturel, la responsabilité, se trouve dans une relation dialectique avec les normes, les mœurs, les règles, les codes dominants du cadre sociétal dans lequel elle s'inscrit. Elle constitue l'élément de référence aussi bien dans la loi écrite que dans la loi non écrite. Dans le premier cas, elle est perçue comme un *devoir laïc* – au sens politique – et dans le second, comme un *devoir religieux*.

Le sens, mais, aussi, l'intensité émotionnelle de la responsabilité varient selon le contexte spécifique. Ainsi, en cas de conflit entre les exigences politiques et religieuses, la responsabilité peut conduire une personne dans un conflit interne et externe. Nous en trouvons un exemple typique dans la tragédie de Sophocle, en la figure d'Antigone, qui enfreint les lois écrites, obéissant à celles non écrites. Par conséquent, Antigone peut être considérée à la fois comme responsable (coupable) et non responsable (innocente), selon la perspective d'approche de son acte.

La responsabilité peut être individuelle ou bien à caractère collectif. Margaret Gilbert s'est appliquée à démontrer que l'interprétation subjective de la responsabilité peut être étendue à des « personnes collectives » : puisqu'il y aurait un sens à affirmer qu'une intention est attribuable à un groupe, l'idée d'une responsabilité collective est bien fondée. Cette vision du collectif doté d'une intention rejoint la théorie durkheimienne selon laquelle les groupes sociaux ne sont pas l'addition des individus qui le composent et forment une entité nouvelle. C'en est notamment le cas lorsque les collectifs sont composés d'individus dont les intentions ne sont pas seulement personnelles, car ils sont co-engagés, c'est-à-dire engagés à accomplir quelque chose en tant que groupe (Guillarme, 2008).

Par conséquent, la responsabilité peut constituer à la fois une affaire personnelle et un partage collectif. Il convient, donc, ici, de présenter les aspects les plus importants de la recherche psychosociale concernant la responsabilité et ses explications (attributions).

3.0.1. Responsabilité et maladie

La responsabilité se trouve au centre de la loi, de l'organisation des groupes sociaux et de la vie quotidienne (Hamilton, 1978). Constituant un élément essentiel de la compréhension de la conduite, elle ne pourrait échapper à l'intérêt des sciences sociales qui examinent les dimensions socioculturelles de la santé et de la maladie.

Comme diverses études en sciences sociales l'ont montré (Morgan et al., 1985 ; Turner, 1987), la santé et la maladie sont interprétées selon des termes individualistes, mettant l'accent sur la responsabilité de la personne dans toutes les deux situations.

Toute maladie entraîne une interrogation ayant trait à ses causes et, qui plus est, à son sens : « Pourquoi moi ? », « Pourquoi lui ? », « Pourquoi maintenant ? »... Ces questions imposent une interprétation qui dépasse le corps individuel et le diagnostic médical. Comme maints travaux en sociologie, en psychologie sociale et en anthropologie sociale et culturelle l'ont fait remarquer, cette quête de sens n'est pas une survivance et ne s'exerce pas uniquement dans les failles de la médecine. Les notions de systèmes de soins, de modèles explicatifs, de théories étiologiques et de causalité de la maladie sont rappelées à travers une revue bibliographique. Face à la maladie et au malheur, nombreux sont les univers de prise en charge vers lesquels les êtres humains, en quête de soins (Benoist, 1996) et en quête de sens (Augé & Herzlich, 1984 ; Zempléni, 1985 ; Jacquemot, 1998 ; Schmitz, 2006), cherchant à guérir leurs maux ou à les soulager (Taïeb et al., 2005), peuvent se tourner.

Pour tout individu, l'expérience de la santé et de la maladie ne se réduit pas au seul état organique, mais ne prend de sens que dans la situation psychosociale à maîtriser. Les différentes façons de vivre la maladie, les différentes images qui s'en dégagent, sont révélatrices des rapports multiples que l'individu entretient avec la société. Comme Adam et Herzlich (1994) le remarquent, dans nos sociétés, la médecine a des réponses et des explications pour les maux de chacun. Or, la terminologie médicale ne suffit pas pour répondre à toutes les questions que le malade se pose. « Pour la personne concernée, l'exigence de compréhension de son état, surtout s'il lui paraît inquiétant, va plus loin : la maladie n'est pas seulement un ensemble de symptômes qui le conduit chez le médecin, elle constitue un événement malheureux qui menace et, parfois, modifie radicalement sa vie » (p. 63). Les

maladies – certaines d’entre elles, en particulier – sont interprétées de manière spécifique dans l’imaginaire collectif et leur interprétation s’effectue toujours en des termes mettant en cause les règles sociales. Comme le notent Adam et Herzlich (1994), « à travers nos conceptions de la maladie, nous parlons aussi de notre rapport à l’ordre social » (p. 64). **Parler de la maladie, donc, c’est exprimer notre vision de la société et de ses normes.**

L’étude de Claudine Herzlich (1969) sur les représentations sociales de la santé et de la maladie a permis la construction d’un modèle explicatif de la maladie par les témoignages des interviewés. Les sujets croyaient que la cause de maladie se trouve dans « le mode de vie malsain », perçu comme une expression de la « société agressive ». « Face à la société, celui-ci est, en revanche, caractérisé par sa capacité de résistance à l’agression. L’individu est fondamentalement sain et **la santé dépend entièrement de lui** » (Adam & Herzlich, 1994, p. 64-65).

Cependant, les approches sociologiques de la santé et de la maladie – tel que le structuro-fonctionnalisme – attribuent la responsabilité à l’individu, professant que l’homme présente un bon état de santé (à 99%) à sa naissance et la maladie, qui survient au cours de son développement, est due à son comportement personnel, à son incapacité à assumer certains rôles, à sa propension à adopter des comportements à risque et, plus généralement, à son mode de vie (Conrad & Kern, 1986 ; Gerhardt, 1989).

En attribuant les causes des maladies à la personne, certaines théories chargent moralement le mode de transmission des maladies infectieuses (*ex.* la syphilis au XVIII^e siècle ou, aujourd’hui, le sida) ; celles-ci sont alors considérées comme un châtement divin infligé au « pécheur du sexe » ou aux « pécheurs du sexe » (lorsqu’il s’agit d’un groupe d’individus à caractéristiques communes concernent la sexualité, tels que les homosexuels, les prostituées etc.) pour avoir enfreint des règles de la morale (Sigerist, 1943 ; Brandt, 1985 ; Rosenberg, 1986 ; Sontag, 1988 ; Almond, 1990).

Cette perception de la responsabilité individuelle quant aux risques sanitaires et les maladies débouche sur la culpabilisation de l’individu et sa stigmatisation par la communauté. L’individu est tenu responsable de la situation dans laquelle il s’est mis et, en même temps, responsable du risque de contamination de « l’autre » et de la

menace de l'existence de la communauté, à cause de la propagation de la maladie-fléau qui se développe au sein de celle-ci.

Après la théorie pasteurienne sur les maladies infectieuses et le développement du mouvement hygiéniste, à la fin de la Deuxième Guerre mondiale, on assiste à l'application des mesures pour la protection contre les maladies. La santé ne relève pas exclusivement du devoir de la médecine, mais aussi de la responsabilité, aussi bien personnelle que collective, et elle fait partie d'une « bonne société », conviction qu'on peut le remarquer dans sa définition par l'OMS, en 1946, selon laquelle : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas uniquement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

L'apparition du sida, à un moment donné de l'Histoire, où la lutte contre les maladies infectieuses semblait définitivement gagnée, a fait resurgir le débat concernant les questions de santé publique. Le caractère mortel de la maladie et l'incapacité de la médecine à la guérir, ont porté l'attention sur la protection de l'individu et la protection de la collectivité, directement liées à la notion de « responsabilité ». En 1986, dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, celle-ci semble être perçue comme un processus dynamique impliquant des stratégies, non seulement de guérison de la maladie, mais, surtout, de promotion de la santé. La prévention constitue, donc, un terme médical ayant une dimension sociopolitique très forte, qui joue un rôle primordial dans les systèmes de santé des pays industrialisés. La prévention ne vise pas uniquement à la diffusion passive des informations, mais, aussi, à une activation de l'individu, lui attribuant un rôle de catalyseur en matière d'affrontement des maladies (renforcement de l'amour-propre, développement des capacités de négociation etc.). La conviction qu'on est passé de l'époque des grandes épidémies au nouveau millénaire des maladies comportementales a donné une dimension nouvelle au facteur de « responsabilité personnelle ».

Dans le cadre de la « victimologie » qui marque une maladie, surtout lorsqu'il s'agit d'une maladie contagieuse à caractère épidémique ou, encore, pandémique, la notion de « responsabilité » constitue un déterminant essentiel du comportement de l'individu, du groupe social ou même de la société, concernant la santé, comme de leur vulnérabilité, du point de vue d'une analyse psychosociale.

3.0.2. Quelles explications pour la responsabilité ?

Comme l'écrit Serge Moscovici, de façon caractéristique, « Le “sage simpliste”, lorsqu'il cherche à expliquer la conduite d'un individu, peut, comme vous le savez, choisir entre attribuer la cause de cette conduite à l'individu lui-même et à ses prédispositions (caractéristiques personnelles, motivations etc.) et l'attribuer aux circonstances. Les sages professionnels se trouvent, bien-sûr, dans la même situation (ils pourraient l'attribuer à Dieu ou au destin, mais ceci n'est pas compris dans la théorie!). Tous ceux qui examinaient la manière dont sont produites ces attributions, ont été stupéfaits de voir une préférence habituelle des causes personnelles. Il est plus naturel de blâmer les gens plutôt que les circonstances » (Moscovici, 1995, p. 78).

Des résultats de recherches montrent que la personne en position de « juge » néglige tout ce qui concerne les circonstances (Nisbett & Ross, 1980) et se concentre sur l'individu lui-même, insistant sur sa responsabilité personnelle concernant le résultat de ses actions. Les motifs menant à l'action, aussi bien que les relations qui en résultent, sont personnalisés (Batson, 1975 ; Snyder et al., 1977 ; Leyens, 1980). Il s'agit de ce qu', en philosophie, on appelle le « personnalisme ». Le personnalisme organise le monde et la réalité autour des individus, des valeurs et de leurs responsabilités. Cependant, il peut ainsi conduire à des estimations erronées, fondées sur la subjectivité, coupant les ponts avec la réalité objective. Nisbett écrit à ce sujet : « Comme l'ont observé trois générations de socio-psychologues, les individus préfèrent s'appuyer sur leurs attitudes personnelles, comme base de prévision, et cela peut les empêcher de concentrer leur attention sur les facteurs qui peuvent guider utilement leurs prédictions. C'est-à-dire les facteurs de circonstances, ou selon les termes de Lewin, le “champ de forces qui agissent au moment où le comportement se produit” » (Nisbett, 1980, p. 114).

Dans la même optique, abordant les représentations sociales de la santé et la maladie, Robert Farr (1977) mentionne que l'individu s'attribue l'issue positive d'une action, tandis qu'en cas d'événements négatifs, la responsabilité est attribuée à des facteurs externes. Commentant l'interprétation de Farr, Claudine Herzlich précise : « Cette interprétation très intelligente inclut certainement une part de vérité mais cependant, à mon avis, elle ne peut pas réfuter le fait que la représentation moderne de la genèse de la maladie s'inscrit à l'intérieur d'une forme anthropologique très générale : celle d'une maladie exogène, due à une causalité externe, par l'invasion

réelle ou symbolique d'un sujet morbide ou un acte d'un être malveillant » (Herzlich, 1995, p. 165).

Abordant la situation humaine d'un point de vue théorique optimiste, Hollins (1996) met l'accent davantage sur l'action des sujets (*agency*) que sur la structure. Les individus sont considérés comme étant capables d'influer sur leur destin et de changer leur monde. Dans les sociétés occidentales, le soi est institutionnalisé de manières différentes. Sociolinguistiquement, ceci se reflète dans la distinction des verbes à la voix active et à la voix passive. Grâce à cela, nous remarquons distinctement si les actions appartiennent à nous ou aux autres et si nous sommes les objets des actions des autres. Dans la culture occidentale juridique, l'accent est mis sur la dimension morale du soi. Comme le note Gergen (1991) : « Pour quelle raison aurions-nous des procureurs si nous ne pensions pas que les hommes disposent des "intentions" ? Nous décidons de la culpabilité ou de l'innocence de quelqu'un en rapport, principalement, avec ses intentions ».

Cependant, depuis le XIV^e siècle, les sciences sociales interprètent les actions humaines par des facteurs qui dépassent souvent le contrôle de la personne. Amos Oz soutient que, pendant ce siècle, trop d'importance a été accordée à la culture nationale, à la base sociale et à l'inconscient, considérés comme autant de forces qui influencent la conduite humaine. De cette manière, la société, la culture, les institutions impersonnelles ou l'État sont jugés coupables, mais « les simples personnes sont toujours innocentes » (Oz, 2005, p. 26). Dans cette affirmation d'Oz, les termes de « culpabilité » et d'« innocence » peuvent être remplacés par des concepts appartenant au champ sémantique de la responsabilité. Dans les débats publics, la responsabilité (au sens de responsabilité personnelle) est considérée comme une valeur extrêmement conservatrice. Du point de vue des esprits conservateurs, la pauvreté, le chômage, les problèmes de discrimination sont des problèmes individuels et non sociaux (Horn, 2006).

Dans une optique différente, des représentants du milieu progressiste affirment que la responsabilité est l'un des concepts de base de conception du monde des progressistes (Lakoff, 2004 ; Nagurney Camwell, 2005 ; Horn, 2006 ; Leno, 2006). « Il existe un parti de responsabilité budgétaire... de responsabilité économique... de responsabilité sociale... de responsabilité personnelle... et de responsabilité éthique. C'est le Parti Démocrate » (Democracy for America, 2007). Voici certaines des

acceptations de base du système moral progressiste : « Le monde est fondamentalement bon, mais il peut devenir meilleur ; c'est la responsabilité de chacun de contribuer à son amélioration ». Le système de valeurs progressistes comprend la responsabilité commune (*shared*), partagée. Ceux qui intègrent ce système de valeurs n'incrimineront pas l'individu en lui imputant ses problèmes, mais ils en étudieront leurs causes les plus profondes. Ainsi, alors que la responsabilité est un point commun des deux sphères politiques, le sens qui lui est attribué est différent.

3.0.3. Des attributions causales aux imputations de responsabilité : une approche psychosociale

Mais, comment expliquons-nous, donc, les conduites humaines ? Comment les évaluons-nous ? Pour aborder cette problématique, il faut se plonger dans les théories de l'*attribution*. La critique de notre propre conduite est appelée *auto-attribution*. Dans l'explication des comportements d'autrui, on fait des *hétéro-attributions*, où l'on peut noter la présence du *métabiais*. En effet, on peut distinguer deux types de causalité : la *causalité scientifique* et la *causalité quotidienne*. Dans le premier cas, on tente d'expliquer le phénomène, en cherchant à répondre à la question « comment ? ». On isole souvent de multiples facteurs en interaction. Dans le cas de la causalité quotidienne, on essaie de répondre à la question « pourquoi ? », ce qui aboutit souvent au phénomène de la cause unique.

Datant de 1992²⁰, le modèle de Gosling illustre la différence entre la causalité scientifique et la causalité quotidienne, en opposant le schéma juridique à la pensée profane. Pour rendre compte des comportements, les individus recourent à deux types d'attributions : a) *attribution à causalité interne*, b) *attribution à causalité externe* (Voir Schéma 3.1).

²⁰ Cité dans :

http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=132&Itemid=95

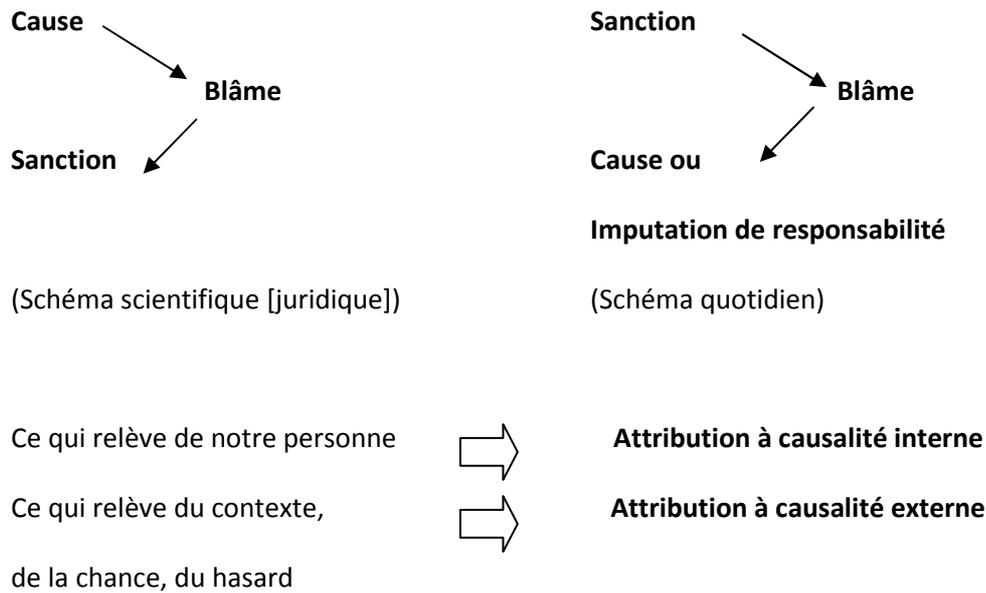


Schéma 3.1 : Causalité scientifique versus causalité profane (Gosling, 1992)

Selon des données scientifiques, les gens ont une tendance fâcheuse à s'attribuer la responsabilité de leurs réussites, tandis qu'ils l'attribuent plutôt à des facteurs externes la responsabilité de leurs échecs ou de leurs erreurs. Les scientifiques sociaux appellent ce phénomène *le biais de complaisance*.

On constate, de façon plus générale, une tendance à surdéterminer le poids de la personne, qu'il s'agisse d'expliquer nos propres comportements ou ceux d'autrui. Cette tendance est si importante que les auteurs parlent de causalités internes comme *l'erreur fondamentale d'attribution*. Cela débouche sur une tendance à croire que ce qui nous arrive relève principalement de notre responsabilité. On parle alors de « norme d'explication interne » ; il semble que nous intériorisons l'idée selon laquelle nous sommes responsables de ce que nous faisons. Quand on explique le comportement des autres en tant qu'observateur, on produit encore plus de causes internes que lorsqu'il s'agit d'expliquer ses propres comportements (biais acteur / observateur). Cette norme d'internalité varie selon plusieurs facteurs, comme le genre, la classe sociale, l'âge.

Les attributions portent sur un événement précis qui sera expliqué après qu'il se soit produit. Si l'on procède à la recherche des causes, c'est avant tout pour

contrôler notre environnement, afin de répondre à un besoin de préserver un sentiment subjectif de contrôle.

Le recours aux attributions causales pour l'explication des phénomènes mène à un jugement de responsabilité. Heider (1944) fait la distinction entre l'origine et la cause d'un phénomène. La personne est toujours à l'origine de ce qui lui arrive, par contre elle n'en est pas toujours la cause (*ex.* les victimes d'attentats sont à l'origine de leurs blessures sans en être la cause).

Dans la pensée profane, l'absence de cette distinction a comme résultat la confusion entre *l'origine* et *la cause*, ce qui mène à une causalité interne, à l'attribution de responsabilité à la personne concernée. À l'issue de ce processus, on a un responsable ; en termes de régulation sociale, il s'agit là d'un facteur très important puisque c'est le principe même de l'idée de justice. Si le mal ne peut être empêché, on peut, cependant, le compenser en trouvant des responsables à sanctionner. On pensait que, pour se faire une idée de la responsabilité de la personne, il fallait chercher les causes des événements. En réalité, l'appréciation de responsabilité ne reposerait pas sur une quête de causes, au contraire, elle serait dépendante de notre propre appréciation de la personne, selon que nous jugeons qu'elle enfreint ou qu'elle respecte les normes sociales. On procéderait, donc, à un jugement social et, plus précisément, à un jugement moral.

Lorsqu'une personne est jugée responsable, la valeur de son comportement est jugée sur l'essence même, la nature de la personne, ce que les auteurs décrivent comme *le processus de naturalisation*. Selon Beauvois, ce processus de naturalisation constitue une forme puissante de régulation sociale qui évite de questionner le système de valeurs. En effet, plus on réduit les phénomènes à des dysfonctionnements individuels, plus on protège les règles du système. En outre, Moscovici précise que le passage de l'attribution à l'imputation de responsabilité s'effectue par le biais de nos conceptions du monde.

Lerner et Simmons s'intéressaient à la CMJ (croyance en un monde juste) et à ses effets en termes d'évaluation d'une victime. Selon les chercheurs américains, les gens ont recours à deux heuristiques dans leur raisonnement : a) les gens ne peuvent que mériter ce qui leur arrive de bien, b) il faut bien que les gens à qui arrive quelque chose de malheureux l'aient mérité. En d'autres termes, on juge de manière positive

quelqu'un à qui un événement heureux arrive (qu'il soit le produit d'un hasard ou celui d'un effort) et, de manière négative, celui à qui il arrive un événement fâcheux (qu'il en soit responsable ou innocent). Selon ce modèle, le monde n'est pas aléatoire, imprévisible et désordonné. Il y a une logique, une cohérence ; ce qui traduit le besoin de contrôle des individus, l'application d'un contrôle social.

3.0.4. Responsabilité : étude sociologique

Dans la société contemporaine (société du risque selon Ulrich Beck), le débat sur la nature de la « responsabilité » est relancé. L'usage répandu du terme de « responsabilité » est assez récent. Même si le mot « responsable » est plus vieux, le terme de « responsabilité » apparaît dans notre vocabulaire à la fin du XVIII^e siècle. La manière dont ce mot est utilisé dans notre langage commun, aussi bien que scientifique, montre que le terme de « responsabilité » est ambigu et multidimensionnel (*multi-layered*). Dans un sens, celui qui crée un événement en est tenu « responsable ». Dans un autre sens, on qualifie de « responsable » une personne qui se comporte d'une manière morale ou justifiable. Le terme « responsabilité » signifie également « obligation » ou « susceptibilité ». Fauconnet (1928) fait une distinction entre les deux termes (responsable / responsabilité) : « Si le substantif *responsabilité* correspond à un pur concept et non, semble-t-il, à des éléments observables, au contraire l'adjectif responsable intervient comme attribut dans des jugements qui sont des objets d'expérience. » (Fauconnet, 1928, p. 34).

Se servant de l'analyse de Beck sur la société du risque comme point de départ, Anthony Giddens, aborde le phénomène de la responsabilité en relation avec la construction sociale du risque. Selon lui, le risque était toujours lié, d'une part, à la sécurité et à ce qu'on appelle en anglais « *safety* » et, d'autre part, à la responsabilité et au jugement social. La relation entre le risque et la responsabilité peut facilement se manifester, au moins à un niveau abstrait. Le risque existe uniquement dans le cas où il y a des décisions à prendre. L'idée de la responsabilité suppose également des décisions. La responsabilité obtient sa signification dans le contexte du risque, lorsque quelqu'un prend une décision à conséquences discernables.

Le passage du « risque externe » au risque que Giddens appelle « risque crée » (*manufactured risk*) entraîne une crise de la responsabilité, car les connexions entre le

risque, la responsabilité et les décisions, sont modifiées. C'est une crise de la responsabilité comportant des points négatifs aussi bien que des points positifs, correspondant à peu- près aux aspects négatifs et positifs du risque. Compte tenu du caractère ambigu de la plupart des situations de « risque crée » (manufactured risk), et de la réflexivité qui leur est inhérente, la responsabilité ne peut être facilement attribuée ni assumée (Giddens, 1999).

Les règles et les jugements de responsabilité sont évidemment des *faits* : ils tombent sous l'observation, on peut les décrire, les raconter, les situer, les dater. Assurément, ils constituent des faits *sociaux* et, dans le genre *social*, ils appartiennent au sous-groupe des faits moraux (Fauconnet, 1928).

Selon Vernon Palmer (1987), la responsabilité ressemble à un arc-en-ciel : elle a diverses « nuances ». D'après Palmer, il y a :

- L'*assurance*, qui est une responsabilité indépendante de la causalité. L'assureur peut être responsable pour un préjudice qu'il n'a pas causé.
- La *responsabilité absolue*, qui est une responsabilité causale, mais dépourvue de toute excuse, de tout moyen de défense.
- La *responsabilité causale factuelle*, sujette à des moyens de défense, fondée sur un acte qui est simplement un facteur indifférent dans le préjudice subi par une autre personne.
- La *responsabilité causale normative*, sujette à des moyens de défense, fondée sur un acte qui, en dehors des facteurs indifférents, est le facteur sélectionné selon la norme causale de l'ordre légal.
- La *responsabilité pour faute* qui, bien que fondée sur la nécessité d'un lien causal et sujette à des moyens de défense, requiert aussi que la conduite de l'auteur soit fautive.
- La *responsabilité sans faute* qui se base sur trois principes : a) elle se fonde sur une prohibition inflexible réprimant un résultat nuisible, b) sa causalité est simplifiée par un test factuel qui ne prend en compte que les actes positifs et pointe les omissions du défendeur, c) elle est marquée par la réduction du nombre et de la portée des moyens de défense.

3.0.5. La responsabilité comme facteur de vulnérabilité

En étudiant la bibliographie internationale, dans diverses analyses de la signification de la responsabilité, nous avons rencontré des notions en relation dialectique avec cette dernière, telles que le risque, la vulnérabilité, la stigmatisation, l'exclusion sociale et les comportements à risque. Notre étude de la bibliographie sur la maladie et la responsabilité, a débouché au Schéma 3.3 ci-dessous, tentant de formuler un modèle d'interprétation pour l'adoption de comportements à risque en matière de santé. Pour la compréhension du modèle d'interprétation, nous utilisons l'exemple du sida. Or, ce modèle peut être utilisé pour l'approche d'autres comportements à risque pour la santé tels que la toxicomanie, le comportement suicidaire etc.

L'attribution ou non de responsabilité concernant la maladie semble en relation directe avec la représentation sociale du mode de vie et de l'identité du malade ou du malade potentiel.

Les stéréotypes, ainsi que l'approche morale et l'interprétation du mode de vie – de l'identité de l'individu – attribuent à celui-ci une « étiquette » d'innocence ou de culpabilité. L'incrimination de l'individu a pour résultat sa stigmatisation et, par conséquent, sa marginalisation sociale. Les recherches prouvent que l'exclusion sociale augmente la vulnérabilité de l'individu, affectant sa perception du risque et, enfin, son comportement (Rofes, 1983).

La mise en place d'une personne dans une situation de vulnérabilité affecte les fermentations sociocognitives du risque, qui se forment dans un comportement concret. Le comportement à risque constant augmente les probabilités d'une maladie. Dans ce cas, la personne « malade » est considérée comme étant responsable de sa maladie et une nouvelle responsabilité lui est imputée, celle d'une situation biologiquement et psychosocialement précaire. Cette nouvelle stigmatisation, fondée sur l'état de santé de la personne souffrante, met cette personne en situation d'exclusion, rajoutant à sa vulnérabilité face à d'autres menaces sanitaires.

Il convient, maintenant, d'aborder l'application de ce modèle dans le cas du sida. Le modèle s'applique tant dans le cas d'un séronégatif que celui d'un séropositif, définissant l'évolution de la progression personnelle de chacun (Delor & Hubert, 2000). Par exemple, dans le cas d'un toxicomane séronégatif, la perception sociale de

l'usage de drogues, l'approche morale de l'action (consommation de drogues) et le jugement moral de l'identité (toxicomane) conduisent à la stigmatisation de l'individu et à son exclusion sociale (familiale, professionnelle, amicale etc.). L'absence d'un réseau social rend la personne vulnérable à l'adoption de comportements à risque, tels que le partage de seringue (comme moyen d'intégration dans un groupe, celui des consommateurs de drogues), qui pourraient aboutir à une possible contamination par le VIH.

De même, dans le cas d'un homme séropositif qui a été contaminé par le contact sexuel avec autre homme, la dépréciation sociale de sa sexualité (Simpson & Gangestad, 1991) et la représentation sociale dominante de l'homosexualité comme une anomalie, un crime, un péché (respectivement selon les approches médicale, juridique, religieuse) peut le transformer en « victime » coupable de la maladie. La stigmatisation conduit à la marginalisation sociale qui le rend vulnérable à des pratiques à risque (*ex. barebacking*)²¹.

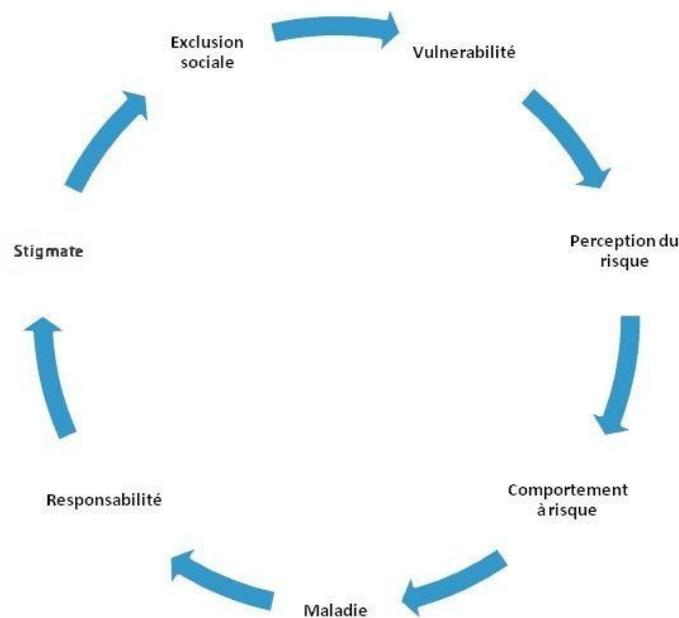


Schéma 3.2 : Le cycle de la vulnérabilité (Papathanasiou, 2011)

²¹ Dans notre recherche sur la santé sexuelle des personnes atteintes du VIH, la stigmatisation et l'exclusion sociale des homosexuels séropositifs qui en résulte apparaît comme un facteur de vulnérabilité à l'adoption des comportements à risque (Papathanasiou, 2006b).

La condamnation morale du stigmatisé se trouve en relation directe avec son degré de responsabilité personnelle de sa situation. Le libre arbitre ou le projet divin jouent un rôle catalytique dans l'attitude de la communauté face au « stigmatisé ».

Dans une recherche de Douglas et coll. (1985), une forte minorité des personnes interviewées (professionnels de santé) est d'accord avec l'énoncé selon lequel « les homosexuels atteints du sida n'ont que ce qu'ils **méritent** » (Giami & Veil, 1994). Une infirmière interviewée pendant la recherche de Sim (1992, p. 572) déclare : « Ce qui rend le sida plus horrible est que les actes sexuels pervers d'un étranger peuvent nuire à des innocents totalement inconnus ». On remarque, alors, l'existence d'un lien fort entre la responsabilité de l'individu et sa stigmatisation de la part de la communauté. L'individu est jugé responsable de son imprudence sexuelle et de sa responsabilité pour la situation précaire dans laquelle il se trouve, et le stigmate est accompagné par des sentiments d'aversion, de dégoût et de haine. La personne se trouve dans la situation « qu'elle **mérite** absolument » (Ainlay et al., 1986, p. 33). Donc, la personne mérite cette maladie-punition, parce qu'elle est jugée « responsable » et, par conséquent, « coupable ». Cette approche est sur la même longueur d'onde avec la théorie de la croyance en un monde juste, comme illustrée par Lerner et Simmons (1966). Dans son ouvrage *La responsabilité. Étude de sociologie*, Paul Fauconnet (1928, p. 39) souligne : « À vrai dire, les mots responsable et responsabilité ne sont pas ordinairement utilisés dans ce sens. Mais nous usons de termes équivalents, comme méritant et mérite ; le contraire du mérite, le démérite, est sensiblement la même chose que la responsabilité ; le verbe mériter s'accommode également des idées de récompense et de peine; or, mériter une peine, c'est proprement être responsable ».

Dans le cadre des perceptions dominantes, aux États-Unis en particulier, le débat sur les droits des minorités ne semble pas inclure les droits des minorités sexuelles. Les gays et les lesbiennes ne sont pas considérés comme un vrai groupe minoritaire (Vance, 1994), leur sexualité étant vue comme le fruit d'un « choix » personnel et, par conséquent, ils / elles sont eux-mêmes / elles-mêmes « responsables » de la situation sociale défavorable dans laquelle ils / elles se trouvent.

Dans cet esprit, Ioannidi-Kapolou et Agrafiotis (2005) font référence à une déclaration lors d'un colloque scientifique, tenu il y a dix ans, d'un scientifique

annonçant au comité scientifique le fait d'avoir découvert aux États-Unis la source biologique de l'homosexualité concernant la structure cérébrale des personnes à orientation homosexuelle. Les scientifiques gays américains ont exprimé leur satisfaction, car cette découverte pourrait être utilisée par les homosexuels comme argument pour persuader l'opinion publique sur la normalité de l'homosexualité et d'éliminer, donc, le stigmate (Ioannidi-Kapolou & Agrafiotis, 2005). Alors que l'explication biologique déculpabilise et « déstigmatise » l'homosexualité, puisque elle est perçue comme une partie de la nature méconnue de l'homme, produit de la nature divine, c'est sa nature acquise (en tant que choix personnel) qui se trouve stigmatisée. Dans cette optique, comme Koukoutsaki (2002) le note, les homosexuels eux-mêmes étaient des pionniers d'un mouvement de médicalisation de leur expérience depuis la fin de XX^e siècle²². D'autres croient que les droits de l'homme ne sont pas fondés sur de tels critères biologiques, mais sur des critères culturels, différenciant la « **nature** » de la « **culture** ». La société humaine n'est pas basée sur des instincts (comme l'organisation animale), mais sur des principes moraux.

Dans le cas du sida, l'importance qu'on attribue à la dimension de la responsabilité est manifeste dans maints colloques scientifiques et dans les campagnes d'information publique concernant sa prévention. C'est sous le thème *Séropositivité, sexualité, responsabilité, prévention* que le 58^e colloque du CRIPS Ile-de-France eut lieu le 15 mars 2005. En 2006, la campagne officielle de l'ONU pour la Journée mondiale de lutte contre le sida abordait la question de la responsabilité, sous le slogan « *STOPPER LE SIDA. Tenez la promesse* ».

Pour mieux d'illustrer la notion de responsabilité, nous présenterons les grands courants autour des dimensions mentionnées ci-dessus, qui constitueront la base épistémologique de l'analyse de notre sujet. Nous nous appuyerons sur la bibliographie internationale pour créer un cadre théorique qui nous permettra d'interpréter les données recueillies sur le terrain de recherche par des mots-clés (risque et vulnérabilité, sexualité et moralité, stigmate et exclusion).

²² Cf. Hocquenghem, 1974.

3.1. Risque(s) et vulnérabilité(s) : une articulation psychosociale et culturelle

Le « risque » est un facteur psychosocial et culturel à la fois, lié à la santé publique, à l'époque des hautes technologies. Nombre de travaux (Douglas & Wildavsky, 1984 ; Peretti-Watel, 2000) montre la construction sociale du risque et son influence sur la santé individuelle et collective. Dans la société moderne, la « société du risque » selon Beck (1992), les notions de santé, de maladie et de handicap prennent un sens et une signification selon la définition sociale et culturelle du terme « risque ». Autrement dit – selon Anthony Giddens (1999, p. 1) – « l'idée du risque et de la responsabilité sont en fait étroitement liées ».

Depuis les dernières décennies, le terme « risque » domine dans le débat public. Ce terme est apparu au XIV^e siècle dans les assurances maritimes en Italie et a été intégré dans le domaine juridique concernant les accidents du travail au XIX^e siècle, avant de pénétrer dans tous les domaines : social, politique, économique, technologique, écologique, culturel etc. (Peretti-Watel, 2000).

Le risque ne touche pas uniquement la sphère publique, il concerne aussi la vie privée. Devenu émotionnel, depuis l'apparition du sida, il se trouve lié à l'acte sexuel, acquérant une dimension mortelle. Affirmant la théorie freudienne, *Eros* (l'amour) est lié à *Thanatos* (la mort).

Le risque peut être évalué selon des échelles de mesure (*ex.* faible, moyen, élevé) (Peretti-Watel, 2000). Dans le cas du sida, cette graduation nous aide à mieux gérer le risque et, par la suite, à l'affronter plus efficacement. Le degré du risque dépend des modes de vie précis.

Dans leur ouvrage *Risk and Culture*, Douglas et Wildavsky (1984, p. 8) constatent : « En choisissant un mode de vie, nous choisissons également de courir certains risques. Chaque forme de vie sociale a son propre portefeuille de risques. Partager les mêmes valeurs, c'est aussi partager les mêmes craintes, et inversement les mêmes certitudes ».

La vie humaine est exposée à l'effet de surprise et à l'imprévu. Du positif au négatif, tout peut arriver. L'être humain se trouve sans cesse soumis aux aléas de la vie, exposé, à chaque instant, à de multiples menaces. Dans certains cas, l'individu

tente de prévoir ou même de « prédire » des événements dans le but d'anticiper des situations douloureuses.

Dans cette tentative d'hierarchisation des menaces et des dangers, il faut définir des critères précis fondés sur des valeurs. Il s'agit des valeurs de chaque organisation sociale qui définissent la hierarchisation des risques (Peretti-Watel, 2000).

Sans aucun doute, le risque est associé à l'organisation sociale. « Tout problème social peut ainsi être associé au développement de l'épidémie ou du moins définir un risque : de la précarité économique à la rupture familiale, en passant par l'immaturation, la délinquance ou la désinsertion sociale » (Thiaudière, 1994, p. 35).

Le risque est, tout d'abord, un produit culturel, étant donné que la perception qu'on en a est culturellement définie. En tant que sujets sociaux, les individus ne sont pas isolés, mais intégrés dans une communauté et, donc, attachés à ses propres valeurs. C'est la communauté et ses valeurs qui donnent à son membre les « filtres » (Peretti-Watel, 2000, p.16) pour construire sa perception du risque.

La perception du risque dépend, également, de la dimension de « l'horizon temporel » (Peretti-Watel, 2000, p. 17). La vue de l'avenir change d'une société à l'autre, différenciant la perception du risque de chaque communauté. La précarité éloignerait, donc, toute inquiétude relative à l'avenir et, d'autre part, notre attention serait attirée par les risques à venir dès lors qu'une certaine sécurité matérielle dans le présent assurerait notre continuation temporelle et notre présence à l'avenir (Peretti-Watel, 2000). Diverses études montrent le paradoxe de l'aversion à l'égard du risque. Malgré les progrès spectaculaires en médecine et la victoire contre les grandes épidémies, les sociétés contemporaines occidentales se caractérisent par une aversion toujours plus forte à l'égard des risques « résiduels » (Dourlens et al., 1991).

Pendant l'épidémie de la peste qui s'acharnait sur Londres au Moyen Âge, le risque de la contagion a constitué pour la bourgeoisie un prétexte pour l'isolement et le contrôle social des pauvres. Aujourd'hui, le sida, la toxicomanie, l'immigration illégale ont conduit à des revendications pour un « rétablissement de l'ordre », qui inclut le dépistage obligatoire, des peines sévères, des contrôles accrus aux frontières

etc. (Peretti-Watel, 2000). L'antique figure du « bouc émissaire »²³ est, donc, réactivée ; des sacrificateurs-victimes symboliques accusés de mettre en danger la communauté / société sont désignés. La minorité *versus* la majorité. Le risque prend une dimension politique et la stigmatisation des personnes / groupes constitue un outil idéologique qui a servi à des fins politiques. Comparant les notions de risque, de tabou et de péché, Mary Douglas (1990) souligne que l'individualisme contemporain a provoqué un bouleversement notable du rôle social du bouc émissaire. « Autrefois, on reprochait à un individu d'avoir brisé un tabou, commis un péché et ainsi mis en danger toute la communauté : la rhétorique du péché et du tabou prenait à partie un individu coupable pour protéger le groupe. Aujourd'hui, au contraire, la rhétorique du risque met souvent en scène un individu menacé par la communauté ou par une foule d'agresseurs anonymes, et vise avant tout à protéger le premier contre la seconde » (Peretti-Watel, 2000, p. 18). La majorité *versus* la minorité.

La manière dont nous percevons un risque dépend, d'abord, de notre position sociale et de notre système de valeurs. Mary Douglas présente une approche du risque comme une variable culturellement produite. Selon ses analyses, proches de certains textes de Durkheim et Mauss, ce sont les axes *grille / groupe* (Douglas & Wildavsky, 1984 ; Douglas, 1985, 1992), que l'on traduit par hiérarchie interne / limite externe (Duclos, 1994).

Selon son argumentation, les variations de l'identification, de l'évaluation et de la réponse au risque sont le produit de la variation culturelle locale – le produit de la socialisation différentielle dans diverses sous-cultures et dans les institutions sociales complexes (Bloor, 1995b).

L'axe « groupe » se réfère à la manière dont un groupe se définit par rapport aux autres et dessine ses limites afin de construire son identité propre et se distinguer du reste. L'axe « grille » renvoie à la structure interne du groupe, qui forme les relations, soit égalitaires soit hiérarchisées, entre ses membres.

En croisant ces deux dimensions, on a un cadre de quatre « pôles culturels ». On peut trouver ces « pôles culturels » (cosmologies) dans toutes les sociétés et dans toutes les cultures. En premier lieu, il y a les hiérarchistes / bureaucrates (grille élevée

²³ Le livre du Lévitique (16 : 6-7) se réfère au bouc qui est expulsé de la communauté et se retrouve dans le désert, emportant les péchés du peuple. Chargé de péchés le bouc est envoyé chez le démon Azazel, dont le nom signifierait « dieu furieux ».

et groupe élevé) dont le comportement à risque peut être élevé ou bas, en conformité étroite avec les normes prédominantes de leur groupe social. En second lieu, on trouve les sectaires / égalitaires / enclaves (basse grille et groupe élevé) qui s'identifient fortement à leur propre groupe, blâment d'autres en cas d'apparition de risques et sont résistants au changement de comportement. Au troisième pôle se situent les dépendants / exclus (grille élevée et bas groupe) qui ne connaissent pas la prise de risque, mais acceptent ce qui est utile pour eux. À la fin, il y a les individualistes ou les entrepreneurs (basse grille et bas groupe) qui soulignent les avantages de la prise du risque (Bloor, 1995b).

Douglas a essayé d'adapter l'analyse *grille / groupe* au comportement lié au risque par le VIH (Douglas & Calvez, 1990). Au cours de sa tentative, des difficultés sont apparues quant à la différenciation des hommes homosexuels et des usagers de drogues et la caractérisation des usagers de drogues comme des dépendants / exclus avec une intégration de groupe bas. Des études concernant des usagers de drogues ont montré des réactions similaires à celles des hommes homosexuels dans leur réduction dramatique concernant le comportement à risque (Frischer et al., 1992). Des études ethnographiques ont prouvé que la désapprobation du partage occasionnel de seringue, dans les sous-cultures des usagers de drogues, présente des similitudes avec la désapprobation du sexe occasionnel dans les sous-cultures homosexuelles (McKeganey & Barnard, 1992).

Johnson (1987) a noté des problèmes particuliers, concernant l'approche *grille / groupe*, et, notamment la difficulté d'assigner clairement les groupes sociaux à l'un des quatre pôles culturels. Bellaby (1990) a souligné de graves problèmes concernant le caractère statique du modèle et son manque à expliquer le mouvement des individus d'une culture de risque à l'autre. Par exemple, la prostitution masculine présente une hétérogénéité selon les personnes impliquées (Bloor, 1995a ; Papathanasiou & Ioannidi, 2005). Il y a des prostitués mâles qui se sont créés une identité homosexuelle et d'autres qui refusent tout rapport avec l'homosexualité (Papathanasiou & Ioannidi, 2005). Certains « cohabitaient » avec d'autres personnes prostituées dans divers endroits, alors que d'autres étaient isolés et n'avaient jamais discuté de leurs activités de prostitution avec qui que ce soit, avant d'être contactés par les chercheurs (Bloor, 1995a). On pourrait supposer que l'approche de *grille / groupe* serait susceptible d'expliquer les différences dans le comportement à risque

des personnes interviewées, en termes d'affiliation différentielle de groupe et l'autonomie relative à la commande de groupe. Cette expectation s'est avérée fautive. Les « rapports sexuels non protégés » sont pratiqués par les prostitués ayant construit une identité homosexuelle aussi bien que par les autres (Bloor, 1995a ; Papathanasiou & Ioannidi, 2005).

Sans aucun doute, bien que critiquées, les études de Douglas et al. sont révolutionnaires. « Cela implique que les gens choisissent certains risques pour attirer l'attention sur la défense de leurs modes de vie préférés et comme une source médico-légale pour diriger le blâme sur d'autres groupes... C'est-à-dire, les sociétés choisissent des comportements à risque qui sont en grande partie déterminés par des facteurs sociaux et culturels, pas par la nature » (Société Royale, 1992, p. 112).

En tenant compte des données des enquêtes KABP concernant le sida, Douglas et Calvez (1990) ont développé deux aspects du « biais culturel » : a) le degré des connaissances, et b) la conception du corps et de sa vulnérabilité. Selon les scientifiques, l'attitude de l'individu face au sida dépend de son information sur le sujet et de la perception de sa propre vulnérabilité physique (Peretti-Watel, 2000).

Douglas et Calvez (1990) distinguent quatre conceptions du corps²⁴. La première approche considère le corps « poreux », « perméable » et, par conséquent, « vulnérable ». Selon cette conception, le corps est impuissant, incapable de se protéger contre les attaques des bactéries et des virus. Les personnes qui acceptent cette conception se caractérisent par un horizon temporel court et font preuve d'une certaine résignation. D'autre part, il y a des individus qui sont certains que leur corps se caractérise par une résistance forte et que son système immunitaire peut se défendre contre les infections, pour lesquelles il n'est pas nécessaire de prendre aucune précaution ou changer de comportement pour prévenir une maladie. Selon la

²⁴ Les mutations démographiques, épidémiologiques, technologiques, économiques, culturelles et sociales qui ont eu lieu ces dernières années ont engendré l'apparition d'une nouvelle forme de construction sociale, celle que Turner (1984, 1992) appelle la « société corporelle ». Divers modèles explicatifs ont été développés autour de la notion de corps [cf. Turner, 1984 ; O'Neil, 1985 ; Schepers-Hughes & Lock, 1987 ; Frank, 1990, 1991 ; Giddens, 2005]. Malgré la diversité des approches et la catégorisation du corps, on peut repérer trois points communs : a) la controverse de l'approche naturaliste et biologique du corps et son placement dans un cadre socioculturel, b) l'augmentation progressive du contrôle politique par des réglementations institutionnelles, et c) la perception selon laquelle le corps n'est pas uniquement l'objet de l'application de la décision politique, mais constitue lui-même un régulateur de la vie sociale active (Freund & McGuire, 1998). Sans doute, les perceptions dominantes du corps affectent les perceptions du risque et la conduite exprimée. Dans le cas du sida, où le corps est lié à la sexualité et la moralité, ce facteur bipolaire est complexe et multidimensionnel.

troisième conception, le corps est doublement protégé. D'un côté, la peau nous protège, à l'exception de quelques points d'entrée que nous sommes incapables à contrôler. Mais, parfois, cette protection n'est pas suffisante, c'est pourquoi il y a une seconde enveloppe de protection : celle du corps social, du groupe d'appartenance, de la communauté. Donc, il est vraiment nécessaire de contrôler les points d'accès vers l'extérieur pour protéger ce deuxième corps-bouclier. Enfin, quant la conception du corps-machine, on considère qu'il faut en prendre soin (mesures d'hygiène etc.) afin d'éviter des éléments extérieurs qui peuvent menacer le bon fonctionnement du corps. Si le corps tombe malade, c'est une négligence de l'individu qui en est tenu responsable. Sur ce point, il convient de mentionner la « théorie des miasmes », selon laquelle le virus se transmet par un simple geste, le toucher, la manipulation des mêmes objets ou même par la respiration du même air. Avant la théorie pasteurienne, les miasmes étaient considérés comme la cause de toutes les épidémies (Corbin, 1986). Cette théorie peut être utilisée comme une excuse ou une « justification » pour la prise de mesures politiques extrêmes au nom de la protection de la santé publique, comme l'isolement des malades-vecteurs du virus, dont la présence même constitue un danger.

Concernant le sida, les hiérarchistes (autrement dit, la « communauté centrale ») aborde le corps par le biais d'une double représentation : le *corps physique* et le *corps social*. Pour eux, les deux formes du corps sont fragiles à certains points d'accès et quelques membres incitent à la théorie des miasmes. De ce point de vue, il faut protéger à la fois le corps physique et le corps social, en créant une zone sanitaire où les groupes à risque, les miasmatiques (réels et potentiels) n'auront pas accès. Les enclaves se basent sur la solidarité communautaire (cf. la communauté homosexuelle). Comme les hiérarchistes, ces enclaves acceptent la double représentation du corps et rejettent les corps étrangers venant de l'extérieur susceptibles de le contaminer. Certains parmi eux adoptent une perception fatale en glorifiant le risque. Le type individualiste n'appartient à aucune enclave, refuse la théorie des miasmes et adopte le discours officiel. Pour lui, la contamination peut avoir lieu sous certaines conditions qu'il peut contrôler, en adoptant la notion de responsabilité individuelle. Enfin, les exclus (dans cette catégorie on trouve des usagers de drogues, des prostituées etc.) se caractérisent par une hétérogénéité quant à leurs idées et leurs perceptions relatives au risque.

Une dimension importante qui s'implique dans la perception du risque et l'expression du comportement est celle de la croyance religieuse. Selon « Le Pari de Pascal » (1662, première éd. 1674), concernant l'existence ou l'inexistence de Dieu, si on croit en son existence, on gagne l'éternité, sinon on perd les plaisirs finis terrestres (Schéma 3.3).

	Croire en Dieu	Ne pas croire en Dieu
Dieu existe	Gain infini (le Paradis)	Perte infinie (l'Enfer)
Dieu n'existe pas	Perte finie (plaisirs terrestres perdus)	Gain fini (plaisirs terrestres)

Schéma 3.3 : Le Pari de Pascal

Dans le cas du sida, quelles qu'elles soient les croyances, personne n'a envie d'être contaminé par le VIH, un virus qui conduit à une maladie mortelle. Logiquement, face à cette menace, chaque individu tente de prévenir le mal. Cet instinct de survie le conduirait à la prise des mesures pour éliminer le risque. Donc, les individus devraient essayer de réduire au minimum le risque d'une contamination éventuelle, en adoptant des mesures préventives, comme par exemple l'usage du préservatif lors de chaque rapport sexuel. Mais pourquoi ne le font-ils pas ? Pourquoi, malgré l'information sur les modes de transmission, les moyens de protection et la connaissance de la nature de la maladie (mortelle), les gens refusent d'obéir aux directives sanitaires ?

Ce paradoxe peut être analysé par « Le Pari de Pascal ». En remplaçant la damnation par le sida, l'existence de Dieu, par le partenaire infecté et les plaisirs terrestres, par le confort d'un rapport sans préservatif, « de la même façon que le parieur de Pascal a intérêt à croire en Dieu, nous avons intérêt à utiliser des préservatifs pour minimiser le risque : même si la probabilité qu'un partenaire soit infecté est très faible, elle n'est pas nulle, et comme la maladie est mortelle, l'espérance d'une perte est infinie. Si la minimisation du risque apparaît comme l'attitude la plus rationnelle, c'est parce que l'on compare deux résultats probables, un gain fini (confort d'un rapport sans préservatif) et une perte infinie (contamination par le virus). Ce raisonnement est contestable : dans la perspective de Pascal, la damnation est une perte infinie, puisqu'il s'agit d'une punition *éternelle*. Au contraire, encourir un danger mortel, ce n'est pas s'exposer à une perte infinie : c'est simplement raccourcir son espérance de vie. Inversement, opter pour le risque

minimum, c'est chercher à gagner un supplément fini d'existence (puisqu'il ne s'agit pas de gagner l'immortalité, mais juste de retarder sa mort) » (Peretti-Watel, 2000, p. 46).

Une autre question qui se pose est la suivante : « Est-ce que le risque me concerne personnellement ? ». Concernant le sida, les perceptions du risque se modifient entre les jeunes homosexuels et les jeunes hétérosexuels. Ni les premiers ni les seconds ne percevaient le sida comme un risque qui les menace. Les jeunes homosexuels ont lié le sida avec la génération de leurs aînés (Papathanasiou, 2006b), alors que les jeunes hétérosexuels identifient le sida à l'homosexualité. Dans les campagnes de prévention, « *Nous sommes tous concernés!* » est le message dominant qui reste toujours d'actualité. La liaison du sida avec des groupes sociaux précis (groupes à haut risque) a conduit à la représentation du « risque irréel ». Un risque qui appartient à une autre sphère, loin de la mienne, qui ne présente pas les mêmes caractéristiques sociales avec ceux jugés dangereux ou ceux qui se trouvent en danger. « Désigner un groupe à risque, c'est souvent le dénoncer, lui reprocher une déviance, une faute, et par la même occasion d'envisager de le mettre à l'écart, pour qu'il ne corrompe pas d'autres segments de la société » (Peretti-Watel, 2000, p. 59).

Le risque est une notion polysémique (Hayes, 1992) : « le concept de risque s'applique aux deux facteurs externes, au-dessus desquels aucun contrôle n'est possible, et les conditions sont considérées sous le contrôle des individus, tels que des modes de vie pathogènes » (Paicheler, 2000, p. 248). Pour certains scientifiques, le contrôle de soi (self-control) est indispensable pour la bonne santé (Greco, 1993). Si la personne tombe malade, c'est à cause de sa faiblesse ou de son libre choix. Dans toutes les approches du risque, on rencontre deux facteurs primordiaux : le contrôle et la vulnérabilité (Paicheler, 2000).

Dans les recherches de Delor et Hubert (2000) sur la vulnérabilité et le VIH, un nouveau modèle d'approche et d'analyse en matière de vulnérabilité a été développé. Selon ce modèle, il y a trois niveaux d'analyse : *les trajectoires sociales*, *les interactions* et *le contexte social*. Ces trois dimensions sont en intersection et augmentent la vulnérabilité. L'expression « trajectoire sociale » se réfère aux étapes différentes qu'un individu traverse pendant toute sa vie. Dans cette même expression, l'adjectif indique que les individus peuvent partager une partie de la même trajectoire. C'en est le cas, par exemple, de la phase du « coming out », commune chez beaucoup

d'homosexuels qui, après une période de « clôture », de « silence » et de « clandestinité », finissent par développer une identité homosexuelle et, donc, par s'assumer. La position dans le cours de la vie (*lifecourse*) est, donc, décisive pour la compréhension de(s) comportement(s) (sexuel-s) et de(s) risque(s) associé(s) (Peto et al., 1992). Néanmoins, il ne faut pas négliger les caractéristiques de la personnalité de l'individu, les dynamiques personnelles, le processus de développement, les moments de crise etc. (Erikson, 1972).

Les interactions entre les individus constituent un autre facteur vital dans l'analyse de la vulnérabilité sociale (Schéma 3.4). Dans le cas du sida, ce facteur est très important, car le rapport (acte) sexuel se réalise entre deux personnes (au moins). Pendant cette phase, les trajectoires sociales des individus se croisent. C'est ce qu'on appelle « le point de rencontre ». Les individus peuvent adopter différents comportements face au risque ; de même, un processus de négociation et de dominance peut avoir lieu. Dans le cas de l'usage de drogues par injection, la nouvelle personne dans le groupe des usagers (*newcomer*) utilisera la seringue à la fin, alors que le vendeur de drogues aura le premier choix. Le degré de risque de contamination par le VIH est différent pour ces deux personnes (Delor, 1997). La probabilité se différencie selon les rapports sociaux.

Enfin, le contexte social influence les moments et les formes de la rencontre des trajectoires. Les normes sociales et les cultures relatives à la sexualité, l'organisation sociale, la législation etc., contribuent à la façon dont les rencontres se passent. Par exemple, les relations entre les deux sexes sont indissociables du cadre socioculturel dans lequel elles s'inscrivent, ainsi que des rôles spécifiques, prévus par la société, pour l'homme (masculinité) et la femme (féminité) (Welzer-Lang et al., 2004). Aussi, l'interaction sexuelle entre un prostitué mâle et son client se réalise dans un contexte de pouvoir financier et de domination symbolique, qui marque cette interaction (Papathanasiou & Ioannidi, 2005).

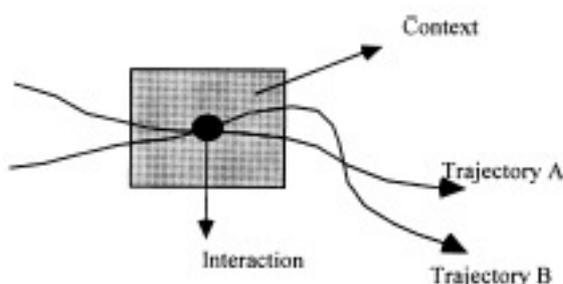


Schéma 3.4 : Trajectoire personnelle et vulnérabilité (Delor, 1997)

Sim (1992) note trois facteurs qui sont liés à tout danger imminent, contribuant à la formation des réactions individuelles : *la dimension, la possibilité et l'acceptabilité*. Dans le cas du VIH/sida, la dimension du danger est fatale, étant donné que l'individu infecté par le virus continue à vivre en bonne santé pour un laps de temps indéterminé, mais que la manifestation de la maladie le conduit inéluctablement à la mort. La probabilité d'infection est absolument faible, puisque le VIH est transmis seulement au moyen des fluides corporels, qui sont, néanmoins, contrôlables. L'acceptabilité renvoie à la subjectivité et à la morale. Ce facteur est important dans le cas du VIH/sida, maladie qui donne lieu à des interprétations légales et morales.

Par l'extension de ce modèle, nous pouvons définir la réaction face à tout danger. Une *réaction rationnelle* (rational response) supposerait que les individus possédant des informations précises sur la dimension et la probabilité du danger, ont un comportement bien informé sur le degré de leur acceptabilité. On s'attendrait, donc, à ce que le degré d'acceptation sur les lieux de travail soit assez élevé, étant donnée la très faible probabilité de transmission du VIH en milieu professionnel. Clairement et précisément informés, les employés n'auraient pas peur d'affronter le virus ou de collaborer avec des personnes infectées.

Or, il a déjà été constaté que les individus n'agissent pas toujours sur la base de la logique ; pour cette raison, il est nécessaire de prendre en considération d'autres variables. La *réaction rationnelle limitée* (boundly ration response) reconnaît que, souvent, les individus opèrent avec des informations incomplètes ou erronées ou, même, avec de l'incompréhension. Selon Sim, chez les individus, il existe une tendance à comprendre les dangers, même faibles, comme étant plus importants que ce qu'ils sont en réalité, surtout si ces dangers ont attiré l'intérêt public et sont présentés d'une manière dramatique et intense. Les dangers qui sont considérés comme « non naturels » ou / et « incontrôlables » sont amplifiés et surestimés. En ce qui concerne le VIH et le sida, l'accent est mis sur dimension du danger et non pas sur la probabilité d'infection, impressionnant l'individu et, par conséquent, déterminant ses réactions.

Enfin, la *réaction subjective* (subjective response) inverse le sens des interprétations. La conviction morale et personnelle définit le niveau d'acceptabilité,

qui à son tour, conduit à une nouvelle interprétation de la dimension et de la probabilité, qui s'alimentent réciproquement, créant un cercle vicieux.

L'analyse de cette problématique montre la difficulté d'une prévention efficace destinée une population caractérisée « population générale » ou, même, à des personnes appartenant à des groupes présentant les mêmes caractéristiques socioculturelles.

3.2. Le binôme « sexualité » / « morale » comme cadre conceptuel, dans l'étude de l'objet de la « responsabilité » autour du sida

La responsabilité individuelle est liée à la gestion du corps et des aspects moraux de ses fonctions organiques, telles que la sexualité, dans le cas du sida et des autres maladies sexuellement transmissibles (MST). On pourrait, donc, assumer que la biologie rencontre la philosophie et le résultat de cette rencontre a des dimensions sociopolitiques.

Tout au long de l'histoire des maladies contagieuses, le facteur sexuel est l'un des facteurs majeurs de par son rôle dans la propagation des épidémies. Il devient un objet de recherche et d'action pour les sciences de la vie et de la santé publique. Objet d'importance primordiale pour la médecine, la sexualité est analysée en termes biologiques. L'approche de la sexualité en tant que comportement implique vivement les sciences sociales. La psychologie, la sociologie, l'anthropologie, la philosophie et, même, les sciences politiques, s'occupent de cet aspect de l'être humain et de la vie humaine (individuelle et collective), se proposant d'expliquer, de leurs points de vue respectifs, la complexité de cet aspect du comportement de l'homme, qui définit l'image de soi et les relations intimes et sociales entre les individus, dans un cadre socioculturel donné. La sexualité fait également l'objet de diverses approches interdisciplinaires qui font ressortir son caractère multidimensionnel.

Le sida étant une maladie liée par excellence à la sexualité, sa prévention n'est pas possible sans la compréhension préalable de la structuration de la sexualité dans un cadre spatiotemporel précis. La sexualité constitue un indicateur de la société, de son évolution, de ses caractéristiques et de son niveau culturel.

La sexualité est une pratique socialement structurée à base d'un instinct biologique. En tant que comportement, donc, elle est un produit sociobiologique. Selon Dialmy (2000, p. 29-31), organisé en cinq niveaux :

- Le niveau psychophysiologique, concernant des fonctions organiques, telles que l'excitation, l'érection, l'éjaculation, l'orgasme.

- Le niveau symbolique, comportant des actes tels que la circoncision, l'excision, la défloration. Ces rituels font partie de la socialisation, occupant une place centrale dans la construction sociale de l'identité sexuelle.

- Le niveau modal, incluant les techniques d'obtention de l'orgasme, les positions coïtales et les fréquences du coït.

- Le niveau institutionnel, comprenant les formes psychosociales de la sexualité (hétérosexualité, homosexualité, mariage, monogamie, polygamie, orgie, prostitution...).

- Le niveau idéologique, portant sur les systèmes de gestion et de contrôle de la sexualité et de l'instinct sexuel. Pour bien fonctionner, la société exige le contrôle. Le tabou en est une de ses formes fondamentales. Selon Lévi-Strauss, cette forme est la condition de passage à la culture. Chaque formation socio-historique se construit une sexualité appropriée, en conformité avec sa vision du monde, à partir de quatre oppositions structurales : *sacré / profane, légal / illégal, normal / anormal, et utile / nocif*.

« Le sida constitue le facteur dominant de la sociologie de la sexualité » (Dialmy, 2000, p. 31). Il s'agit là d'une évidence, compte tenu de la thématologie de la recherche sociologique dans ce domaine. Dans les années 1960, l'intérêt scientifique était concentré sur les principales institutions, telles que le mariage, la filiation, la famille, la contraception etc. Depuis l'apparition du sida, l'intérêt épistémologique s'est déplacé sur les pratiques sexuelles, la relation sexuelle, l'orientation sexuelle etc.

La sexualité constitue une situation multidimensionnelle déterminée à partir de l'interaction des facteurs psychologiques, sociaux, culturels, biologiques et, même, occasionnels (Harlow, 1958).

L'approche sociologique envisage la sexualité comme un phénomène socioculturel. Selon cette approche, la sexualité humaine se construit dans un environnement socioculturel précis, imprégné de règles et de normes sociales. Des scientifiques, comme Kinsey (1948) et Ford & Beach (1951), soutiennent que la compréhension de la sexualité exige une acquisition multiple des manières de son expression dans divers contextes culturels, à différents systèmes familiaux et à différents modèles socio-économiques (Agrafiotis et coll., 1997).

Les différences culturelles des représentations sexuelles sont révélatrices de la nature sociale de la sexualité. Les rapports sociaux des sexes, les pratiques et les comportements sexuels caractérisés par la déviation, la perversion ou le délit, se différencient selon le cadre socioculturel dans lequel ils se présentent (Agrafiotis et coll., 1997).

Selon l'anthropologue Lévi-Strauss, la sexualité humaine est un élément de la « pensée » et constitue le sujet par lequel émerge la dynamique des relations sociales. Ces dernières années des efforts ont été fournis pour une approche interdisciplinaire de ce phénomène de la nature humaine qu'on appelle « sexualité ».

Dans les pays industriellement développés, les chercheurs en maints domaines scientifiques fournissent des efforts pour aborder la question de la sexualité humaine d'une manière systématique et fiable. Ces études, basées sur la théorie de la construction sociale, sont contraires à la perception essentialiste et, comme Carole Vance le stipule caractéristiquement (1989), « La sexualité, c'est-à-dire ce que nous avons considéré comme quelque chose de très normal, le résultat immuable du corps et de la biologie, est réellement fluide et variable, le produit de l'action humaine et de l'histoire ». On tente, donc, d'étudier la manière de formation et de structuration, dans le cadre d'une organisation sociale, des modèles qui ne conditionnent pas uniquement les pratiques sexuelles des individus, mais, également, leur façon de vivre, perçus par les individus eux-mêmes et leur collectivité d'appartenance. La sexualité constitue une situation personnelle, intime et vécue, qui se prête mal à l'analyse scientifique systématisée, du fait de sa diversité.

L'approche biologique de la sexualité, considérée comme plus exacte que les autres approches, décrit et interprète le processus de la reproduction humaine, employant des termes qui renvoient au genre : chez les hommes, le sperme est

présenté en tant qu' organisme actif, alors que, chez la femme, l'ovule est considéré comme un organisme passif (Pantelidou-Malouta, 2002).

Des débuts des années 1980 jusqu'à nos jours, un débat public se déroule sur les usages sociaux des termes « sexualité » et « sexualités ». Dans la présente étude, le terme « sexualité » est abordé d'un point de vue épistémologique et se réfère à la gestion de l'impulsion sexuelle par les individus et les groupes sociaux, tant au niveau individuel que collectif (Ioannidi-Kapolou & Agrafiotis, 2005).

La sexualité a fait l'objet de diverses approches du point de vue des sciences, des arts et des lettres. Ses diverses dimensions en ont été abordées, même si les barrières religieuses et morales ne permettaient pas un débat public sur ces sujets. Depuis l'apparition de l'épidémie du sida, la sexualité humaine est abordée à partir d'une base différente (Ioannidi-Kapolou & Agrafiotis, 2005).

Au delà de la nécessité d'un débat ouvert et public, en matière de comportement sexuel, le besoin de recherche et d'enregistrement de certains aspects vise à la planification des interventions efficaces pour la prévention du sida/MST, concernant à la fois la population générale et les groupes sociaux « vulnérables ».

La sexualité joue un rôle important dans la vie de la plupart des gens. Elle tourne autour d'un système complexe de comportements et de significations conditionnés par des facteurs individuels, sociaux et culturels. Bien que la sexualité soit typiquement considérée comme une source essentielle de plaisir et de bien-être, elle n'est pas exempte d'effets négatifs d'importance primordiale, tels que le VIH/sida/MST, les grossesses non désirées, la violence sexuelle, la stigmatisation et la discrimination basées sur l'identité sexuelle etc. Les problèmes de santé liés au sexe ne sont pas aléatoirement répartis au sein de la société : certaines communautés, certains sous-groupes sont plus affectés que d'autres. La prévention des maladies sexuelles et la promotion du bien-être sexuel sont des tâches importantes assignées à la santé publique.

Lorsque santé et sexualité se croisent, on parle de santé sexuelle. Le concept de santé sexuelle est utilisé par l'OMS et certains ONG, dans le développement des programmes d'éducation et de prévention dans le domaine de la santé publique et il s'inscrit dans le contexte de la notion de santé, telle que l'OMS la définissait, en 1946 (Giami, 2005). Ce terme est également utilisé par les cliniciens à l'égard des troubles

sexuels. Par conséquent, il est loin de ce que G. Canguilhem (2002) qualifie de « concept vulgaire », concernant le concept de santé.

Le concept de santé sexuelle apparaît pour la première fois en 1974. Il y a une tendance à dissocier l'activité sexuelle reproductive de l'activité non reproductive et à entériner l'association entre la sexualité non reproductive, le bien-être et l'évolution personnelle (Giami, 2005). En 1975, l'OMS donne au terme de santé sexuelle une nouvelle signification améliorée selon laquelle « la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counseling et les soins concernant la procréation ou les MST ». Dans ce concept, on constate la dissociation de la santé sexuelle de la procréation, la référence à des notions telles « la personnalité, la communication et l'amour » et la reconnaissance de l'impact de la sexualité dans les relations interpersonnelles (Giami, 2005).

L'apparition de l'épidémie du sida, a associé, à nouveau, la sexualité à la maladie contagieuse et la mort. La liberté sexuelle est mise en accusation. C'est à cause d'elle que la propagation de la maladie s'est transformée en épidémie, voire en pandémie. La sexualité devient à nouveau le « mal », le chemin qui conduit à la catastrophe individuelle est collective. Le corps devient le vecteur de l'infection et les fluides corporels contiennent des essences mortelles. Cette nouvelle situation a débouché sur un renouvellement des significations de la sexualité, des actes et des comportements sexuels (Gagnon, 1988). Dans ce nouveau contexte, l'OMS élabore une nouvelle définition : « Les concepts de santé sexuelle ou de bien-être sexuel reconnaissent la variété et le caractère unique de l'expérience sexuelle et des besoins sexuels individuels, affirment les droits des individus à être libre de toute exploitation, oppression ou tout abus sexuel. Le but des politiques, des programmes et des services concernant la sexualité n'est pas d'atteindre un niveau mesurable de "santé sexuelle" dans la population, mais de donner aux individus la capacité de satisfaire leurs besoins et de leur donner les ressources personnelles pour affronter leurs problèmes et difficultés » (OMS, 1987). La santé sexuelle y est présentée comme l'équivalent du bien-être et constitue une dimension positive de la santé, celle de sa protection, et non

pas comme un aspect du comportement humain qui met autrui en danger. La dimension de la prévention des risques liés au comportement n'est pas évoquée (Giami, 2005).

En 2000, l'OMS en collaboration avec la World Association of Sexology – Association Mondiale de la Sexologie (WAS – AMS) et la Pan American Health Organization – Organisation panaméricaine de la santé (PAHO – OPS) ont élaboré un document qui inclut une nouvelle conception du terme de santé sexuelle. Selon ce document, « la santé sexuelle est l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel, concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonctionnement, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre et maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus » (PAHO – OMS – WAS, 2000). Il est à souligner que ce concept est également fondé sur la notion de bien-être, en donnant plus d'importance à la responsabilité personnelle. Aussi, la mise en relation de la santé sexuelle aux droits de l'homme exprime un nouvel élément essentiel dans la construction d'un système de valeurs universelles (Giami, 2005). « La santé, qui est devenue l'une des valeurs principales du monde contemporain (mais surtout les acteurs et les institutions qui incarnent le principe de la santé dans le monde social), contribue à la définition des codes du comportement qui relèvent du registre de la conduite morale beaucoup plus que du registre qui régule les comportements sanitaires et contribue à la définition des principes de régulation de l'organisation sociale » (Giami, 2005, p. 114). La santé sexuelle devient, donc, le nouveau révélateur de la moralité sexuelle.

L'aveu de la sexualité, soit au prêtre soit au psychanalyste, a le même but : la « libération ». Cette libération vient de l'acceptation des péchés et de l'absolution de la part du prêtre, qui parle à ce moment au nom de Dieu. Elle peut également avoir lieu sur le divan psychanalytique. Dans le premier cas, elle est obtenue par la culpabilisation et dans le deuxième, par la déculpabilisation. Comme Foucault le dit, la même fonction pour différents résultats (culpabilisation / déculpabilisation). Dans tous les cas, c'est un processus vers l'autre et la nomination de ce qu'on ne peut pas nommer : le sexe. Par ce processus, on tente de réussir à gagner la « liberté ».

La morale sexuelle se base sur deux axes – normes principales : celle du non-aveu et celle de l’invisibilité (Bozon, 1999). Une forme sexuelle caractérisée comme n’étant pas morale et, par conséquent, non acceptable, comme l’homosexualité, peut être tolérable si elle n’est pas avouée et tant qu’elle reste invisible. L’acceptation ou le rejet, donc, se basent sur « le secret » et sur « l’aveu ». On observe la même approche dans le cas des maladies socialement stigmatisées. On ne les nomme pas. On parle indéfiniment ou l’on s’y réfère en utilisant des mots comme *le « truc »* (Papathanasiou, 2001a, 2006b). La sexualité peut être considérée comme *le mal absolu*. L’acte de ne pas la nommer équivaut à une forme d’exorcisme.

Le sexe a son propre langage, plutôt métaphorique. « Non perceptible et peu objectivable, la sexualité physique est également difficile à conter et à raconter, bien que facile à suggérer métaphoriquement. Il n’existe pas de termes du langage ordinaire pour nommer les actes physiques de la sexualité » (Bozon, 1999, p. 5). Des phrases comme « on l’a fait » (pour décrire l’acte sexuel) ou des mots comme « pipe » (pour la pratique de la fellation) sont révélatrices de cette métaphorique sexuelle (Bozon, 1999).

L’acte sexuel n’est pas directement identifiable (Bozon, 1999). Il ne s’est jamais passé au grand jour, même pendant des périodes préhistoriques où l’intimité n’existait pas (Duerr, 1988). La majorité des activités sexuelles humaines se produisent pendant la nuit, alors que les mammifères diurnes pratiquent le coït pendant la journée (Ford & Beach, 1951), car dans l’organisation du temps humain, la nuit n’est pas uniquement consacrée au repos du corps, mais aussi, sur un plan symbolique, elle apporte l’interruption temporaire des relations sociales et de la sociabilité, la levée des règles sociales strictes et la possibilité des actes secrètes, dont la sexualité fait partie (Halbwachs, 1950). Le secret de l’acte sexuel ne constitue pas une préférence intériorisée, mais, surtout, « une obligation sociale qui fait d’ailleurs de l’exhibitionnisme un délit, alors que la curiosité du voyeur ne l’est pas » (Bozon, 1999, p. 4). De cette invisibilité culturelle, on apprend la sexualité soit par des expériences personnelles (manière directe) soit par des expériences des autres (manière indirecte) en parlant rarement à la première personne, soit par les représentations littéraires et artistiques (Bozon, 1999). Bozon (1999) objecte la « sexualité explicite », qui se développe à travers la pornographie, les spectacles lors des salons érotiques, le voyeurisme dans la salle discrète d’un club gay ou dans un

club échangiste. L'obligation de l'invisibilité écarte les corps exhibés de la sphère de la sexualité à celle du spectacle (Baudry, 1996). Les actes de la sexualité explicite se transforment en un spectacle perceptible : « Dans le cinéma pornographique, les gros plans correspondent à des vues "irréalisables", et les partenaires masculins éjaculent généralement hors de leur partenaire féminine pour transformer leur orgasme en "feu d'artifice" pour le spectateur » (Bozon, 1999, p. 5).

Wilhelm Reich considère la libération sexuelle comme un terme politique initial pour la libération politique et l'évolution de la société capitaliste à une société de valeurs, libre du régime de l'exploitation de l'être humain par d'autres êtres humains (Antonopoulou, 1999). Reich (1982), d'ailleurs, remplace le terme d'« économie politique » par celui d'« économie sexuelle », le considérant comme plus essentiel, plus socialement représentatif, soutenant que c'est la morale sexuelle imposée et le mysticisme religieux qui empêchent les masses de prendre conscience des problèmes et des adversités de la vie. Ainsi, la plupart des gens ne peuvent pas contrôler leur destin social qui consiste en un ensemble d'évènements contrariants.

La sexualité est sujette au contrôle institutionnel de tout pouvoir-État. C'est ainsi que les retombées productives de la sexualité sont contrôlées, comme, par ailleurs, toute force de production. Les institutions confèrent à la sexualité une enveloppe morale. Elles imposent, façonnent et donnent une forme à la morale sexuelle, qui sert de mécanisme de soumission et d'oppression sociale lorsqu'il s'avère urgent de sauvegarder la réalité socio-économique en vigueur. De nos jours, des institutions relatives à la sexualité et aux actes sexuels se différencient, au moins au niveau théorique. Il y a moins de préjugés et de tabous, tels que la virginité féminine ou les rapports sexuels hors mariage, même si la pratique sociale parfois va à l'encontre cette perception théorique (Antonopoulou, 1999).

3.2.1. La sexualité en Grèce : une affaire en mutation

En Grèce, il existe deux systèmes de valeurs en matière de sexualité humaine : le *système orthodoxe* et le *système commun* (« l'agoreo »). Le système orthodoxe, existant en Grèce depuis des siècles, est fondé sur les dogmes de l'Église orthodoxe. Le système commun (« l'agoreo ») s'introduit dans le territoire grec par les communautés grecques d'Europe (Lazos, 2002). Selon le premier modèle, dominant

dans la société grecque moderne, la sexualité est organisée autour de la reproduction de l'espèce humaine et elle est donc reconnue sous la forme de l'hétérosexualité. L'hétérosexualité à caractère reproductif se développe dans le cadre familial. La famille constitue une institution très importante et puissante dans le cadre sociétal (Alimpranti-Maratou, 1999). L'influence de la famille dans les choix personnels de ses membres est très pesante, s'étendant même jusqu'aux affaires concernant la sexualité et le mariage. Comme l'écrivent Vergopoulos et al. (1989), « la famille **patriarcale** méditerranéenne reste la seule structure importante, toujours dominante et présente dans chaque aspect de la société grecque ». La tendance au contrôle de la sexualité féminine existe toujours, l'honneur familial concernant des affaires sexuelles est une valeur très importante et le mariage constitue toujours une priorité pour les jeunes, comme un devoir envers leur famille et envers la société (Ioannidi-Kapolou & Agrafiotis, 2005).

L'homosexualité, vue comme une menace pour la reproduction et la constitution familiale, est marquée, stigmatisée et rejetée. Elle est considérée comme une « honte », non seulement pour la personne homosexuelle elle-même, mais pour sa famille entière.

Des recherches sociologiques et anthropologiques montrent une tendance de la famille grecque au changement, dont les éléments indicateurs sont les suivants : a) l'âge élevé des conjoints lors du premier mariage, b) l'augmentation du nombre de divorces, et c) l'augmentation du nombre de familles monoparentales²⁵. Les relations entre les deux sexes se trouvent dans une phase de mutations permanentes. L'analyse de Kataki (1984) est toujours d'actualité ; elle soutient que trois modèles différents (co)existent dans la société grecque contemporaine : le modèle traditionnel, le modèle moderne et le modèle métamoderne. S'il existe encore des résistances masculines très fortes contre l'égalité des genres au niveau social, politique et économique (Welzer-Lang et al., 2004), au niveau familial, les relations conjugales

25 La moyenne pour le premier mariage chez les femmes, en 1998, était de 26 ans (ESYE, 1956-2007). Les divorces ont doublé pendant la période 1979-1995 (passant de 4716 à 10995). Plus précisément, de 82,0 sur 1000 mariages, en 1982, à 124,2 sur 1000 mariages, en 1993. Le nombre de mères célibataires a augmenté et les familles monoparentales constituent 5% du nombre total des familles (Kogidou, 1995).

sont caractérisées plutôt par une espèce de parité²⁶. Sans doute, il y a une tendance d'évolution de la famille grecque sur un modèle de type européen occidental (Alimpranti-Maratou, 1999).

En matière de facteurs culturels, on pourrait dire que, dans les sociétés occidentales, le sida et sa transmission ont été liés à des modes de vie précis : usage de drogues, homosexualité, prostitution.

La culture est un phénomène unique et particulier à chaque société, qui se manifeste dans les ordres qui caractérisent les pratiques individuelles et collectives, le droit écrit et coutumier, les limites dans les relations humaines, les symboles qui accompagnent l'action humaine.

La culture détermine les termes *tolérable / non tolérable, privé / public, moralité / immoralité, normal / pathologique, sain / malsain, légal / illégal*. Comme on vient de le dire, le sida a été lié, dès le début de l'épidémie, à des modes de vie ainsi qu'à des pratiques précises. Par exemple, la toxicomanie constitue un choix personnel qui a des conséquences sur le tissu social. Acte illégal, du point de vue juridique, maladie, du point de vue médical, péché pour l'Église, situation sociale anormale et, donc, non tolérable. Depuis l'apparition du sida, on parle davantage de l'usage de drogues, on a passé à la distinction entre drogues dures et drogues douces et à la dépénalisation du cannabis²⁷.

Le même chemin d'analyse peut être suivi pour l'homosexualité. Elle constitue un choix de désir et de plaisir personnels, considéré, en même temps, comme un frein à l'évolution de la société, portant atteinte à la perpétuation de l'espèce. Cette pratique sexuelle, considérée « diabolique » au Moyen Âge, un ennemi substantiel de la race, pendant la Deuxième Guerre mondiale, un délit, une déviance, ne finit pas d'inspirer des appréciations péjoratives. Après les années 1960 et la « révolution sexuelle » qui semblait déboucher à des mœurs sexuelles plus tolérantes, le sida apparaît comme la maladie des homosexuels, le fléau divin infligé à Sodome et Gomorrhe. Depuis l'apparition du sida, les cas d'homophobie (terme apparu dans les

²⁶ Au niveau social, on observe une faible participation et une faible représentation des femmes dans le domaine politique ainsi que dans la vie active ; cependant, dans le cadre familial, la prise de décisions reste égalitaire.

²⁷ Aux Pays-Bas, par exemple, on a adopté une politique libérale concernant l'usage de drogues qui ne semble guère en accord avec les politiques de lutte contre la drogue qui se développent dans les autres pays occidentaux.

années 1980) ont augmenté. Les homosexuels posent un problème à l'évolution de la société, car ils portent un virus sexuellement transmissible, une mine à la procréation humaine. D'autre part, on commence à parler de sexe, de sexualité, de désir, de plaisir corporel, de pratiques. Ébranlé, le mythe de l'hétérosexualité en tant que seule et unique sexualité humaine, est en voie d'extinction. La figure bipolaire *hétérosexualité / homosexualité* est anéantie par l'apparition de la *bisexualité*, corroborant les différences entre les sexualités. Les relations entre deux personnes du même sexe sont reconnues dans beaucoup de pays occidentaux et le mariage homosexuel commence à être célébré²⁸ comme la condition initiale de création d'un nouveau lien familial, l'homoparentalité²⁹.

Comme dans d'autres pays du sud où l'identité masculine est liée à l'hétérosexualité et la place de l'homme dans la société est très valorisée, dans la société grecque l'homosexualité demeure tabou dans tous les domaines : familial, professionnel et social. Pour les homosexuels grecs, il est très difficile d'affirmer leur orientation sexuelle même dans la capitale du pays, l'homosexualité étant perçue comme un motif de honte, non seulement pour la personne homosexuelle, mais, également, pour toute sa famille. Beaucoup d'homosexuels sont mariés et pères de famille, tout en ayant des rapports occasionnels avec des hommes (Faubion, 1993 ; Agrafiotis et coll., 1997). Le mariage et la fondation d'une famille sont des éléments essentiels pour l'intégration sociale de l'individu. Ainsi, ils préfèrent cacher leur orientation sexuelle. En province, la situation est encore plus difficile à vivre.

²⁸ Après les Pays-Bas et la Belgique, l'Espagne vient de reconnaître le mariage homosexuel. La Grèce, l'Italie et l'Autriche sont les seuls pays au sein de l'Union européenne (avant l'élargissement de l'UE et la participation des pays de l'Europe orientale) qui n'ont pas reconnu légalement les relations entre personnes du même sexe.

²⁹ Les mouvements homosexuels en l'Europe d'Ouest et à l'Amérique du Nord, ont revendiqué, dans un premier temps, la reconnaissance légale du couple homosexuel. Une fois cette revendication satisfaite dans de nombreux pays occidentaux, leur revendication suivante portait sur la reconnaissance par la loi du droit des homosexuels(le)s à la paternité – maternité. Dans les pays industrialisés (ex. en France l'Association des Parents Gays et lesbiennes – APGL), les parents homosexuels sont organisés afin d'exercer une pression politique, activité désignée par le terme « lobbying » (Papathanasiou, 2005b). À l'aide de la médiatisation des associations, les homosexuel(le)s revendiquent de plus en plus leur droit à la filiation, pas seulement biologiquement, mais aussi socialement (par l'adoption). En 2005, à Paris, le Congrès européen sur l'homoparentalité a attiré l'attention médiatique. La même année, en Grèce, l'association *Sympraxi kata tis omofilophovias* (coopération contre l'homophobie) a organisé, à Salonique, le 2e Congrès scientifique sur le thème de la famille des personnes du même sexe, avec la participation des militants et des scientifiques des domaines différents. Le terme « homoparentalité » n'existant ni dans la bibliographie ni dans débat public grec, l'auteur propose le terme « omogoneïkotis » (Papathanasiou, 2005b).

Ce contexte social se prête mal au développement d'un mouvement gay. En 1979, les homosexuels grecs ont fondé l'AKOE (Mouvement pour la libération des homosexuels grecs). La puissance du mouvement est très faible et son action se limite à la capitale où se trouve son siège. La création de l'EOK (Communauté homosexuelle hellénique), en 1988, est le fruit d'une dissidence au sein de l'AKOE. Aujourd'hui, l'EOK est encore en activité, mais son action reste toujours limitée. Une nouvelle association gay, l'OLKE (Communauté homosexuelle et lesbienne de Grèce) a initié un débat autour de la reconnaissance politique du couple homosexuel et du mariage gay. Il est, quand-même, à noter que, dès 2005, la première Gay Pride a eu lieu en Grèce, mobilisant, au fil des ans, un nombre croissant de participants³⁰. Sans aucun doute, la création de nouvelles associations, l'organisation de la Gay Pride et la présence du « couple gay » dans les séries télévisées ont contribué à une plus grande visibilité de la personne homosexuelle et du couple gay. La représentation de l'association se limite au niveau de son président, sans le soutien des homosexuels qui ont peur de s'engager dans une association gay par crainte de se voir stigmatisés.

La population générale est méfiante et résistante et le modèle souverain (pattern) est celui de l'hétérosexualité, l'homosexualité étant déterminée en fonction de son opposition à celle-ci. D'après une recherche de Welzer-Lang et al. (2004), suite à des entrevues menées auprès des hommes politiques, des administrateurs et des syndicalistes, en Grèce, l'homophobie domine dans la vie publique.

En Grèce, l'histoire de la masculinité se limite à la seule confirmation des symboles de virilité (Papataxiarchis & Paradellis, 1992 ; Welzer-Lang et al., 2004 ; Giannakopoulos, 2001, 2003, 2005). Les hommes doivent se comporter en « hommes vrais », selon les normes provinciales, même s'ils sont installés à Athènes. Le modèle masculin reste prédominant. Le personnage de l'homme « armé » en est un exemple caractéristique. Les rôles sexuels sont divisés en « actif » et « passif », une distinction fondée sur le modèle dichotomique *masculin / féminin, homme / femme*. Ces opinions sont prédominantes, même chez des individus dont le niveau éducatif est élevé (Vasilikou et al., 1998 ; Giannakopoulos, 2001).

³⁰ Statistiques d'Athens Pride : 1000 personnes (2005), 1800 personnes (2006), 2000 personnes (2007), 4000 personnes (2008), 5000 personnes (2009). Source : http://www.athenspride.eu/v2/index.php?option=com_content&view=category&id=36&Itemid=88

3.3. Le stigmaté : le « marquage » symbolique et archétypique du responsable

La prévention s'exerce dans deux domaines : le domaine biologique et le domaine social. Au niveau du biologique, le but est l'évitement d'une situation de maladie et la gestion des facteurs majeurs de risque sanitaire. D'autre part, dans le domaine social, l'action et l'intervention poursuivent l'affrontement efficace des réactions collectives de stigmatisation, de discrimination et de marginalisation des malades. « Protéger... c'est protéger la société, c'est-à-dire protéger l'ordre social dans tous les sens du terme : ordre moral, fonctionnement économique, organisation sociale. C'est tout autant protéger le monde social contre les agressions extérieures que corriger les dysfonctionnements internes à la société... » (Thiaudière, 1994, p. 31). Des recherches montrent que la peur des personnes à faire un test de dépistage ne signifie pas seulement la peur de la mort biologique, mais aussi la peur de leur stigmatisation sociale qui conduit au changement profond de leur vie quotidienne et la destruction de leur identité (Almond, 1990 ; Brendstrup & Schmidt, 1990).

Le stigmaté constitue une notion historiquement liée à beaucoup de maladies, avec des conséquences catastrophiques pour des individus, des groupes sociaux, des communautés, et, même des nations. Des personnes ou des populations entières sont persécutées et marginalisées d'une manière imaginaire ou en réelle, exclues des activités sociales ou exilés de la société, confinés dans des ghettos, des asiles, des camps de concentration etc.

Le processus de stigmatisation produit des réactions individuelles et collectives précises qui affectent : a) la perception de la caractéristique stigmatisante, b) l'impact de la société sur elle, c) l'impact de la même caractéristique sur l'organisation sociale, autant qu'elles en sont affectées.

La stigmatisation constitue la preuve d'une réaction individuelle ou / et collective, fortement négative, d'une situation ou un phénomène, tel qu'une épidémie. On peut considérer le sida comme l'exemple emblématique de la maladie – stigmaté (Giddens, 1997). Cette réaction dévoile la perception négative de la situation – phénomène, mais, aussi, l'impact négatif de cette situation – phénomène sur les éléments constitutifs de la société.

Le terme « stigmaté », venant de la Grèce antique, se référait à des « marques corporelles qui attiraient l'attention sur une anomalie morale attribuée à la personne qui les présentait. De telles marques – nombreuses coupures ou brûlures sur le corps – étaient parfois volontairement infligées à un individu afin que les autres l'évitent : l'esclave, le traître, l'assassin. » (Ainlay et al., 1986, p.3).

Les stigmates étaient le produit d'une intervention humaine ou même divine, une damnation ou une bénédiction, selon le cas. Ces interventions sur le corps humain peuvent être élaborées délibérément ou par la violence. Par exemple, les marques sur la peau du visage qu'on rencontre dans certaines tribus africaines constituent un trait caractéristique qui unit les personnes appartenant à la même tribu. De même, les tatouages sont des marques sur la peau, volontairement acquises pour des raisons esthétiques ou idéologiques³¹. Les interventions sur les organes sexuels masculins et féminins peuvent être aussi une forme de distinction, faisant partie des rites locaux ou communautaires. La circoncision constitue un trait religieux (être musulman ou juif) et l'excision du clitoris, dans certaines sociétés, une cohérence du genre (être femme). D'autre part, le marquage par un numéro distinct sur la peau d'un individu, dans un camp de concentration nazi pendant la Deuxième Guerre mondiale, ou, bien, le rasage du crâne infligé aux « Teddy boys » – « jeunes voyous » des années 1960 en Grèce (conformément à la loi interdisant le vagabondage) sont deux exemples d'une stigmatisation corporelle violente qui fait souffrir la personne marquée. Dans certains cas, la stigmatisation est attribuée à un plan divin ou à une intervention divine, inexplicable physiquement, comme par exemple les stigmates présents sur les mains ou les pieds des chrétiens, semblables à ceux de Jésus Christ lors de la crucifixion.

Si le terme «stigmaté» est connu dans le monde entier, sa signification est régie par les facteurs sociaux et culturels de son cadre spatiotemporel particulier. Les chercheurs en matière de stigmates en ont repéré des types différents comme : a) le stigmaté physique (maladies corporelles, invalidité, vieillesse), b) le stigmaté mental (maladies ou dysfonctionnements psychiques), c) le stigmaté racial (base de la nationalité et de la culture), d) le stigmaté de pauvreté (chômage, bas salaires, sans-abri...), e) le stigmaté de dépendance (dépendance des services sociaux), et f) le stigmaté moral (sexuel, criminalité, délinquance...) (Goffman, 1963 ; Spicker, 1984).

³¹ Cf. Meidani, 2004.

Or, ces catégories différentes de stigmates présentent deux points en commun : a) il est question d'un trait caractéristique qui porte atteinte aux personnes stigmatisées, et b) à cause de cette caractéristique, les personnes se sentent et sont traitées inférieurement, comme des personnes non intégrées (Goffman, 1963).

Selon les chercheurs, l'explication du phénomène est basée sur deux axes : a) *la justice sociale*, et b) *la peur*. Selon Ainlay et al. (1986, p. 20), « la nécessité des lois et la configuration du stigmaté sont des aspects du besoin humain pour le bien-être ». « Toutes les sociétés stigmatisent. Cela peut être nécessaire pour que les limites d'un groupe deviennent lisibles, qu'elles soient déterminées avec cohérence, que le "nous" s'établisse au regard des "autres" et pour que soit défini ce qui est normal dans une culture spécifique ou dans un espace temporel particulier », continuent-ils (Ainlay et al., 1986, p. 30). D'autre part, « la peur peut avoir une importance capitale dans la perpétuation du stigmaté et dans le maintien de ses fonctions sociales initiales » (Ainlay et al., 1986, p. 216). Également, « les conditions qui mènent au stigmaté, ont tendance à réveiller des sentiments de peur et de rejet et sont liées, dans l'esprit des personnes, à un ensemble de caractéristiques négatives » (Morgan et al., 1985, p. 56). Pourtant, cette peur n'est pas une réaction physique mais acquise et, comme, on l'a déjà vu, concernant la peur et le danger (Sim, 1992), elle n'est pas toujours fondée sur la raison. Des personnes handicapées sont stigmatisées et exclues par des mesures « officielles », en raison de leurs invalidités physiques ou mentales qui, pourtant, ne sont pas transmissibles. L'annulation du droit de vote pendant les élections pour les personnes sourdes, en Amérique au XIX^e siècle, en constitue un exemple caractéristique (Morgan et al., 1985).

Certaines maladies sont traitées sous l'impact d'une peur intense, surtout quand elles sont contagieuses et qu'il n'existe pas de traitement efficace (Sontag, 1978 ; Morgan et al., 1985 ; Ainlay et al., 1986). Pendant le XIX^e siècle, la tuberculose était une maladie considérée mystérieuse, comme le sida, au début des années 1980.

Selon la bibliographie relative, la peur, associée à la nécessité d'un ordre social, résultent au stigmaté. Mais le stigmaté est-il lié à la nature humaine ou, bien, est-ce quelque chose qu'on acquiert par la socialisation ?

Le stigmaté est étroitement lié au processus d'apprentissage, depuis les premiers concepts, développés au cours de l'adolescence, jusqu'aux croyances, aux attitudes et aux valeurs de l'âge adulte. « Le stigmaté n'est pas une qualité de l'individu ; c'est une construction sociale ou un reflet de la culture même d'une société » (Goffman, 1963, p. 158, 163-164). C'est ainsi que deux types de rôles connus sont diffusés dans la société : ceux du « normal » et du « stigmaté ». Ces deux termes – concepts ne font pas référence à des personnes, mais à des opinions et à des attitudes. Le stigmaté constitue, donc, un maillon spécifique reliant une caractéristique particulière et un stéréotype³² (Goffman, 1963).

La dimension négative marquant les différences se modifie selon le temps et l'espace culturel. Cela veut dire qu'un stigmaté, apparaissant dans une société donnée à un moment précis, peut perdre sa nuance négative au fil du temps et des mutations socio-historiques (Jones et al., 1984). En matière de stigmaté moral, on peut observer un changement social relatif à la sexualité et plus précisément à l'homosexualité. Depuis l'acceptation de l'homosexualité en Grèce antique, on a traversé la période de la « chasse aux sorcières » et de leur condamnation au bûcher, pour arriver, aujourd'hui, à un puissant mouvement gay international, militant et acquérant des droits d'égalité, dans le cadre de la globalisation au XXI^e siècle.

Le stigmaté constitue un cas exceptionnel de catégorisation de la différence, celle-ci se trouvant au premier plan et pouvant être jugée négativement. Les chercheurs notent six dimensions du stigmaté pouvant faire d'une différence le centre de notre intérêt, la différenciant par rapport aux autres différences qui constituent l'ensemble de l'être humain et de sa personnalité. Ces dimensions sont : a) la possibilité de garder la différence cachée (*concealability*), b) le processus de la

³² Les termes de « stéréotype », d'« opinions stéréotypées », d'« images stéréotypées » sont d'abord apparus en anglais sous l'expression de « stéréotype ». Nos « opinions stéréotypées » sur les groupes sont liées à notre tendance à classer les individus en catégories cognitives et à nous conduire à leur égard comme s'ils étaient tous semblables. Cette tendance à la simplification (*hyper-simplification*) est un phénomène caractéristique de l'esprit humain. Nos opinions sur les groupes sont le produit de deux paramètres : a) la tendance à une catégorisation cognitive, et b) les expériences personnelles. Allport soutient que les « jugements stéréotypés » sur les groupes d'individus représentent l'activité intellectuelle pour simplifier les innombrables informations sociales en provenance de notre environnement social. Selon Allport, les objectifs de cette action de catégorisation sont de : a) nous aider à constituer de grandes unités qui nous guideront dans notre adaptation quotidienne, b) faciliter l'intégration du plus grand nombre possible d'informations dans une seule unité c) nous aider à reconnaître immédiatement à quelle catégorie appartient chaque stimulus, d) faciliter l'acquisition d'une homogénéité par le contenu de la catégorie (élément cognitif et émotionnel) ; de même, il souligne que les catégories peuvent être logiques ou extra-logiques (Georgas, 1995).

situation produite par la différence et son résultat final (*course*), c) le degré d'arrêt ou de modération des relations sociales (*disruptiveness*), e) la responsabilité de la personne quant à cette situation (*origin*), f) la mesure dans laquelle on établit un danger grave et immédiat (péril) (Jones et al., 1984).

Les réactions collectives à l'égard de la stigmatisation se diversifient. Elles oscillent entre la tolérance et le rejet, celui-ci pouvant aboutir, dans des cas extrêmes, à l'extermination de la personne ou des personnes stigmatisées (attaques criminelles, stérilisation, camps de concentration...). L'histoire humaine est pleine d'exemples de diversité – stigmatisante – qui ont servi de motifs pour l'extermination de l'être humain, des groupes, des communautés ou des sociétés entières. Les réactions de stigmatisme ne sont pas subies uniquement par les personnes concernées, mais, aussi, par leur environnement (famille, amis, employées...).

Le contrôle social est un des objectifs de la stigmatisation. Le contrôle social dépend de la responsabilité de la personne et de son comportement à risque, surtout dans le cas du stigmatisme moral. Le contrôle social peut être informel, mais, aussi formel. Par exemple, dans le cas des maladies contagieuses, telles que la syphilis, la tuberculose, la lèpre et, récemment, le sida, ce contrôle social s'exerce sous forme de « mesures préventives », comme le dépistage obligatoire pour des groupes sociaux précis.

L'impact du stigmatisme sur la personne concernée est très fort, surtout en ce qui concerne l'image et l'estime de soi, ce que Goffman (1975) qualifie d'identité subjective ou vécue / réalisée de la personne (*ego / felt identity*). Les réactions de l'individu stigmatisé se distinguent en passives et en actives, pouvant varier entre des démarches de normalisation ou d'un recul social total (*retreatism*) (Morgan et al., 1985 ; Anspach, 1979).

Selon Goffman (1975), le stigmatisme constitue « un attribut qui jette un discrédit profond (sur la personne) », précisant que « c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler. Nommément le stigmatisme s'insère dans la sphère interactionnelle : l'individu stigmatisé suppose-t-il que sa différence est déjà connue ou visible sur place, ou bien pense-t-il qu'elle n'est ni connue ni immédiatement perceptible par les personnes présentes ? Dans le premier cas, on considère le sort de l'individu discrédité, dans le second, celui de l'individu discréditable ». C'est-à-dire

que la personne discréditée doit gérer les tensions des réactions provoquées par sa différence, alors que la personne discréditable doit apprendre à maîtriser la situation (Pierret, 1997).

Dans le cas du sida, on parle du « stigmatisme ressenti » (Scambler & Hopkins, 1986) correspondant à la maladie honteuse et de la difficulté de la personne de nommer même la maladie, surtout d'en parler dans l'espace public, car le corps n'est pas seulement contaminé, mais il peut être considéré comme un vecteur de contamination d'autrui, une menace individuelle et collective.

Goffman (1975) expose les différentes techniques utilisées par les personnes stigmatisées pour faire face à la situation stigmatisante : la dissimulation, l'imputation des signes à une autre origine, le maintien d'une certaine distance, le dévoilement volontaire ou la divulgation. Selon Davis (1963) dissimuler ou éviter d'être une « cible » de stigmatisation relève d'une stratégie de « normalisation ». Weitz (1990) remarque que, dans le cas du sida, les personnes atteintes adoptent des techniques déjà connues. Soit elles gardent le secret sur la situation de leur santé, quand il n'y a aucun signe clinique qui pourrait révéler le fait de leur maladie aux autres, soit elles prétextent d'autres maladies similaires. Dans notre recherche sur l'impact social du sida dans le milieu du travail (Papathanasiou, 2001a, 2009), il a été constaté que, lorsque les séropositifs passaient à la phase symptomatique, ils prétextaient des maladies présentant une symptomatologie similaire (*ex.* le cancer).

Révéler la séropositivité, ce n'est pas révéler simplement un dysfonctionnement corporel, c'est, aussi, révéler une situation sociale. Le sida est une maladie dont on ne parle qu'en « chuchotant », parce qu'elle semble liée à l'homosexualité ou à l'usage de drogues. Révéler la séropositivité, c'est révéler une situation doublement stigmatisante. Même si la personne atteinte n'est ni homosexuelle ni toxicomane, elle est perçue comme telle. Le silence apparaît comme étant la seule solution pour garder un réseau social, nécessaire pour faire face à la maladie physiquement (travail : source économique) et sentimentalement (famille, amis : source de soutien moral).

* * *

L'implication, l'interaction et la transversalité des déterminants analysés ci-dessus nous a menés à la construction d'une problématique autour des attributions causales aux imputations de responsabilité, dans le contexte du VIH/sida, en prenant le facteur social comme système d'interprétation de la maladie en tant que fait social. Dans les chapitres suivants, nous nous proposerons de formaliser la problématique de cette recherche basée sur la bibliographie exposée dans cette partie, d'illustrer les hypothèses, de présenter les méthodes et les techniques utilisées et de décrire le terrain.

DEUXIÈME PARTIE

**MÉTHODOLOGIE ET OPÉRATIONS
DE RECHERCHE**

Problématique – Méthodologie – Terrain

4.0. Une revue du processus attributionnel : le regard psychosocial

L'analyse bibliographique, présentée dans les chapitres précédents, montre clairement que la maladie va au-delà des limites du corps individuel et que son interprétation dépasse les déterminations biologiques, puisqu'elle est inscrite dans un contexte socioculturel dont l'impact atteint le corps collectif. Il s'agit donc d'une structure sociale qui influence les relations interindividuelles et celles de groupe, les normes, les systèmes de valeurs, les règles informelles de comportement acceptable, ainsi que par les circonstances de l'environnement social à une période donnée, et qui, en même temps, se trouve influencée de ces facteurs dans le cadre d'une relation dialectique et interactive.

Tant sur le plan individuel que collectif, l'émergence d'une maladie engendre, comme il a déjà été souligné, la question « pourquoi ? » : « Pourquoi moi » (ou « nous ») ?, « Pourquoi ici ? », « Pourquoi maintenant ? ». Ainsi, l'individu active des procédures sociocognitives qui lui permettront de donner un « sens » au phénomène imprévu, de l'interpréter au moyen des théories simplistes et simplifiées, s'appuyant sur des figures sociocognitives préexistantes. Et, alors que la santé, dénuée de cause, n'a pas besoin d'être interprétée, la maladie – comme le soutient Claudine Herzlich (1969) – doit l'être. Elle est attribuée à l'environnement naturel, mais aussi à la violation des normes, des valeurs morales et des règles socialement acceptées pour la réglementation de la vie collective. Les processus interprétant et donnant un sens à un phénomène – en l'occurrence, la maladie – sont appelés les « attributions » par les psychologues sociaux. Dans un chapitre précédent, nous en avons analysé le développement et le fonctionnement.

Les différentes théories élaborées sur cette problématique³³ ont tenté d'isoler des variables très spécifiques et, ensuite, d'établir des classifications, dans le but d'interpréter le fonctionnement de l'individu. Les théories en question ont fait l'objet de critiques – d'un intérêt capital, d'après nous –, en particulier, au sujet des

³³ Cf. Heider, 1958 ; Jones & Davis, 1965 ; Kelley, 1967 ; Weiner, 1979.

attributions liées à l'admission catégorique d'une personne dans un groupe, expliquant sa conduite en fonction des caractéristiques stéréotypées du groupe auquel elle appartient (Apfelbaum & Herzlich, 1970-1971). D'après ces deux auteurs, l'attribution de la conduite à des causes personnelles (Jones & Davis, 1965) devient synonyme d'« étiquetage » (*labelling*) de l'individu, et la perception des observateurs comme des scientifiques en quête d'« une connaissance objective » et « véritable » (Kelley, 1967) est jugée erronée. Ils argumentent qu', en divisant les chercheurs en observateurs et en statisticiens, on ignore leur intégration sociale dans de nombreux sous-groupes, ce qui a des répercussions sérieuses sur la manière dont un individu perçoit et élabore l'information qu'il retire de son environnement. Comme l'a justement observé Deschamps (1977), la dimension sociale de l'attribution est totalement absente des théories la concernant. L'étude des déterminants sociaux des attributions permet une révision des concepts concernant les préjugés, les stéréotypes, les croyances erronées liés à la dynamique des relations interpersonnelles et intergroupes. Par exemple, dans le cas où une action concerne tel ou tel groupe social, l'individu peut omettre certaines interprétations (Laljee, 1981) et se concentrer sur les éléments spécifiques stigmatisés du groupe donné afin d'effectuer les attributions. C'est précisément le cas de « l'erreur fondamentale d'attribution ». Donc, il doit être admis que chaque fait permet un grand nombre d'interprétations propres à chaque individu. Par conséquent, ce qui est particulièrement intéressant pour les psychologues sociaux, ce n'est pas uniquement de déterminer si l'attribution est un produit de recherche de causalité (causes internes *versus* externes), mais, surtout, de savoir à qui l'interprétation est adressée, de connaître la substance des relations entre les groupes impliqués et de discerner quelle partie des arguments proposés serait socialement acceptable, étant compatible avec les normes en vigueur et les systèmes de valeurs. D'ailleurs, c'est un fait, désormais communément accepté au sein de la psychologie sociale, que de nombreux membres d'un groupe ou d'une société embrassent souvent ces convictions « fausses », ainsi que les conclusions sur lesquelles sont fondées les interprétations (Antaki & Fielding, 1981). Cette observation nous porte à croire que chaque société a son propre système d'interprétation ou propose certains types d'interprétations plutôt que d'autres. Dans ce cas, l'attribution constitue un « traitement socialisé » (Augoustinos, 1990, p. 50) d'informations, fondé plus sur des convictions sociales et sur la place des groupes dans la société, que sur un raisonnement causal abstrait. En bref, les attributions sont

« sociales », s'appuient sur les mécanismes de catégorisation et leur fonction est de servir les objectifs du groupe d'appartenance. Elles sont créées et renforcées par l'interaction sociale des membres d'un groupe et elles facilitent le maintien de l'identité sociale du groupe d'appartenance, comme celle d'autres groupes (Bonardi, 2009). À ce point, nous tenons à souligner que l'observation des actions (ou des événements) et de leurs résultats, ainsi que la sélection de l'information et l'identification des relations de causalité, sont équivalentes à la transformation et la formation de la représentation d'une chose (phénomène), d'une personne ou d'un groupe. Par conséquent, l'analyse des structures causales qui sont communes aux membres d'une société, nous conduit au domaine des représentations sociales en acceptant le constat de Moscovici (1984, p. 51), selon qui « ... la causalité ne peut pas exister par elle-même ; elle ne vit qu'à l'intérieur de la représentation qui la soutient ».

Comme il a été mentionné, les représentations sociales sont des connaissances socialement élaborées et partagées. On peut les considérer comme des images condensant un ensemble de significations mais, également – et avant tout –, de systèmes cognitifs dotés d'une logique propre ou de théories destinées à l'appréhension du réel (Comby et al., 1993). Selon nous, les représentations sociales constituent un outil diagnostique pertinent d'identification des principes sur lesquels les personnes s'appuient pour organiser et évaluer les diverses informations conçues dans le processus attributionnel. Par l'analyse des représentations sociales, on peut établir des liens entre celles-ci et les attitudes des personnes à l'égard d'un phénomène, en l'occurrence, la maladie, et à l'égard des groupes, tels que les malades, et, dans le cadre de notre problématique, les séropositifs, une catégorie de malades spéciale, en raison de leur forte stigmatisation.

4.1. Attributions et représentations sociales dans le contexte du sida

Dans la vie quotidienne (sociale ou privée), on affronte des questions et on rencontre des affaires relatives à la responsabilité. Les journalistes posent la question « Qui est responsable de la crise économique ? » ; les professeurs se demandent « Quelles sont les causes de l'échec scolaire d'un élève ? » ; le conjoint, en cas de séparation, cherche à trouver des réponses à la question « Qu'est-ce qui s'est mal passé ? » ; et les exemples n'en finissent pas... Dans le cas de la maladie, comme nous

l'avons déjà mentionné, Adam et Herzlich (1994) soulignent la récurrence de la question « Pourquoi ? », « Pourquoi moi ? ». Berridge (1996) note que l'émergence du sida a immédiatement été accompagnée de l'émergence des questions sur la cause de ce mal nouveau : « Les gens se demandent qui était la première personne à avoir le sida, où la maladie a commencé. Était-ce une guerre bactériologique qui a mal tourné ? Était-ce un marin à Liverpool dans les années 1950 ? Qui peut-on montrer du doigt ? ». Le processus attributionnel avait été amorcé, dans une tentative de répondre aux questions ci-dessus, dans le but de donner un sens, de familiariser, d'insérer dans la réalité le nouveau, l'inconnu, ce phénomène inattendu qui fait peur. Cette démarche est une fonction représentationnelle. Comme Hewstone (1989), nous admettons que les représentations sociales ont une fonction explicative. Elles s'articulent essentiellement sur la réponse « parce que » : elles sont des structures causales socialement partagées. Par conséquent, l'étude des deux processus agissant dans l'activité représentationnelle (objectivation et ancrage) nous permet de mieux comprendre la logique et la dynamique des attributions dans le terrain des relations interpersonnelles et intergroupes.

Comme nous l'avons évoqué dans la partie théorique, l'apparition du sida au début des années 1980 a ramené violemment, au premier plan de l'inconscient collectif, les craintes archétypes, oubliées depuis l'époque des grandes épidémies. La détection initiale de la maladie chez des hommes homosexuels des deux côtés de l'Atlantique (aux États-Unis et en Europe) a eu comme résultat la mise en relation de la maladie avec ce groupe social. Ainsi, il a été question de « cancer gay » ou, encore, de « peste homosexuelle ». Cette dénomination permet d'imputer à un groupe – déjà considéré comme une menace sociale – l'apparition du mal pour l'interpréter, en réponse à ce « pourquoi » récurrent en cas de menace. Même après avoir utilisé un terme scientifique pour nommer le « mal mystérieux », ce terme-là gardera une connotation négative. L'image du sida restera longtemps celle d'une infection touchant des groupes bien particuliers, des groupes marginalisés, des groupes dits « à haut risque » (Comby et al., 1993).

Les premières explications données en matière de maladie se développent tant au niveau biologique qu'au niveau psychosocial (Pollak, 1988). Le mode de vie des homosexuels ou l'existence d'un germe ou un virus, résultant d'un produit chimique,

comme, par exemple, les poppers³⁴, pourraient être autant de causes de l'effondrement du système immunitaire. En outre, l'infection fréquente par des maladies sexuellement transmissibles peut conduire à un affaiblissement temporaire du système immunitaire (Leibowitch, 1984 ; Heilbron & Goudsmith, 1987).

Les interprétations simplistes de la maladie, provenant, parfois, même du monde médical, ont contribué à l'imputation de l'apparition du sida à la « morale douteuse », aux « mauvaises conditions d'hygiène », ainsi qu'au « libertinage sexuel ». La sexualité et, plus particulièrement, certaines de ses expressions (homosexualité, prostitution etc.) se trouve fondamentalement lié aux causes du mal, au moment où la mixité sociale créée par le déplacement géographique (voyages de détente, immigration etc.) pose un risque de propagation incontrôlable de la maladie, qui se transforme en « pandémie » (Grmek, 1989). La maladie est vue sous l'optique des normes et des valeurs dominantes.

Le dépistage du virus et la prévalence de l'infection dans des groupes préalablement dénigrés, amène les profanes à voir un lien de causalité entre une appartenance sociale, déjà dévalorisée et stigmatisée, et l'infection par le VIH. Le nouveau nom donné au sida, celui de « maladie des *quatre* H » (homosexuels, héroïnomanes, Haïtiens, hémophiles), ou bien de « maladie des *cinq* H » (après l'ajout des « *hookers* », des prostituées) », confirme la représentation de l'épidémie comme celle de « la déviation » ou de « l'erreur » (Thaudière, 2002). Malgré la détection du VIH et la preuve d'existence d'un virus qui cause l'affaiblissement du système immunitaire, et bien que le sida ait été caractérisé comme maladie du sang qui se propage aussi par le contact sexuel, la représentation du sida est encore dominée par la notion d'« erreur ».

C'est cette représentation de l'épidémie de « l'erreur » qui a révélé l'importance de la signification de la « responsabilité individuelle » concernant la contamination par le VIH et le risque de sa propagation dans l'environnement. La structure bipolaire de « bons » et de « mauvais » patients, et des victimes « coupables » et « innocentes », ainsi que le développement d'une rhétorique du risque d'un danger moral (moral danger) sur la perception du mode de vie et des valeurs qui le régissent (Lupton, 1999) sont basés sur cette « erreur » et sur la « responsabilité » qui en

³⁴ Dérivé chimique de l'amidon de nitrite, utilisé comme aphrodisiaque. Son utilisation est particulièrement répandue dans les zones de socialisation homosexuelle. Le nitrite d'amyle a été utilisé en médecine pour traiter l'angine de poitrine et comme antidote à l'empoisonnement au cyanure.

résulte, développée au niveau des choix, des pratiques et des conduites de l'individu. Mais, est-ce qu'aujourd'hui, à l'époque de la normalisation, ou de la banalisation, l'image du sida et sa construction dans la réalité psychosociale comme maladie marginale touchant des groupes particuliers, domine dans la pensée profane ? Est-ce que le sida demeure une punition infligée en raison d'une erreur³⁵, d'une violation des lois (règles), à la fois divines et laïques ? Est-ce qu'on continue à distinguer les malades selon deux grandes catégories conceptives : coupables *versus* innocents ?

Notre recherche réalisée dans le cadre du DEA en 2001 concernant l'impact social du VIH/sida sur l'emploi en France et en Grèce (Papathanasiou, 2001a, 2009) a donné naissance à un projet de recherche pour la réalisation d'une thèse de doctorat sur la construction de la notion de « responsabilité » et ses usages sociaux en matière du sida à l'époque des multithérapies. Dans notre recherche concernant les incidences psychosociales du sida dans la vie professionnelle des personnes séropositives, nous avons remarqué que, sur le lieu de travail, les homosexuels et les usagers de drogues – les premiers groupes stigmatisés par l'arrivée du sida dans l'espace public – sont encore désignés par leurs collègues comme étant prioritairement, sinon exclusivement, touchés par la maladie. De plus, la « contagion » dont ces personnes (homosexuels et usagers de drogues) sont potentiellement les vecteurs – réels ou supposés – fait d'eux une « menace » et les « responsables » du risque pour leur entourage. La liaison représentationnelle entre le sida et ces comportements considérés comme déviants ont conduit à la construction d'un double stigmat. Donc, révéler la séropositivité, c'est révéler une situation doublement stigmatisée. Comme un séropositif interviewé – dans le cadre de notre recherche sur le parcours professionnel des personnes vivant avec le VIH/sida – souligne : « *J'ai besoin d'être sincère et j'ai commencé à en parler, notamment à une collègue qui avait un cancer du sein. Sa maladie à elle, malgré nos points communs, n'est pas un problème social, il n'y a pas d'erreur de sa part. En province, on pense qu'un homo couche avec n'importe qui, qu'il fait des choses répréhensibles et que s'il est malade, c'est de sa faute* » (Papathanasiou, 2001a, p. 139-140).

Bien que le concept de responsabilité individuelle soit souvent constaté dans les jugements concernant la maladie, dans le cas du sida, selon des études de

35 En ancien grec, le mot qui désigne l'erreur est « *amartima* »; en grec moderne, le même mot désigne le péché.

comparaison du sida à d'autres maladies et infirmités (telles que le cancer, les maladies mentales, le virus Ebola, les maladies cardiaques, la paraplégie, la cécité, la maladie d'Alzheimer, l'obésité etc.)³⁶, il s'appuie sur des évaluations moralistes. Les séropositifs sont considérés comme responsables de leur situation, non seulement à cause du facteur de contrôlabilité, important pour l'attribution de responsabilité conformément à Weiner (1995), mais principalement à cause de son caractère mais principalement à cause de son caractère « déviant ». Nous voyons donc, comme nous l'avons souligné précédemment, que le processus d'attribution de responsabilité ne se limite pas à la recherche des causes internes ou externes, mais qu'il est construit sur les relations intergroupes et les normes. Par conséquent, du point de vue psychosocial, l'accent n'est pas mis sur l'information elle-même, mais sur son traitement, son interprétation et son utilisation sociale réalisées à travers un filtre basé sur des valeurs et des normes éthiques et en accord avec l'appartenance à un groupe de l'observateur-juge. Comme on le voit, la dimension sociale de l'attribution nous conduit au domaine des représentations sociales pour comprendre les attitudes envers les personnes infectées par le VIH/sida. En particulier, intéressés par les liens qu'on peut établir entre les représentations sociales et les attitudes à l'égard des personnes séropositives, nous posons les questions suivantes : Comment les attitudes auprès des personnes vivant avec le VIH/sida s'inscrivent-elles dans les représentations sociales ? Quelle place y occupent-elles ? De quelle manière des dynamiques représentationnelles peuvent être liées à des dynamiques de rapports sociaux ? Dans quelle mesure les représentations sociales du sida et les attitudes à l'égard des personnes séropositives sont-elles liées aux positions que les individus occupent dans un système social donné ?

4.2. Quelle responsabilité pour le sida ?

Approchant la responsabilité davantage à travers sa dimension juridique, Fauconnet a créé un cadre interprétatif fondé sur les normes, les règles, les codes, les valeurs, la morale. Il soutenait que les jugements de responsabilité « étant des jugements juridiques ou moraux, ne constatent pas spéculativement un fait ; ils traduisent le sentiment que ceux qui les prononcent ont de ce qui est juste,

36 Cf. Weiner, 1995 ; Mantler et al., 2003 ; Pizarro et al., 2003.

moralement ou juridiquement obligatoire : par conséquent ils se réfèrent, explicitement ou non, à des règles ». À travers ses analyses, il a montré que la responsabilité (*ex. sous sa forme pénale*) est un produit culturellement défini, qui prend forme dans le cadre de l'espace – temps mais aussi dans le système lui-même dans lequel il se produit (dans ce cas, le système d'attribution de la justice. Comme il souligne : « Cette plasticité s'explique par des contraintes techniques liées, tantôt à la préservation de la paix et de l'ordre public, tantôt au besoin de protection de tel intérêt juridique protégé par la loi »).

La responsabilité n'existe qu'en fonction de ce qu'on appelle des « sanctions ». C'est quand on veut appliquer des sanctions, qu'on fait appel à la responsabilité. Sans elle, le mécanisme des sanctions ne pourrait pas fonctionner. « En effet, les règles et jugements, que nous avons donnés en exemples, prononcent qu'une condamnation, pénale, civile ou purement morale, doit frapper telle catégorie de personnes et non pas telle autre (s'il s'agit de jugements). Est dite responsable la personne que la condamnation doit frapper, irresponsable celle qu'elle ne doit pas atteindre ». Par conséquent la responsabilité – en tant que signification abstraite – correspond aux sanctions en général. Toutefois, il existe différentes sortes de responsabilités qui correspondent à différentes sortes de peines. Par exemple, si quelqu'un viole une règle morale, qui ne relève pas cependant d'infraction de la loi, il sera jugé et il sera puni non par un tribunal institutionnalisé, mais par l'opinion publique, qui formera ce qu'on appelle le « tribunal populaire », et la punition imposée n'aura pas la forme d'une peine à caractère correctionnel dans le cadre d'une institution (comme la prison) mais peut varier de sa mise en retrait en tant que bouc émissaire jusqu'au lynchage. Un observateur peut déterminer quelles sont ces règles auxquelles l'opinion publique obéit, lorsqu'il est appelé à décider qui doit ou ne doit pas être puni suite à son comportement. Ces règles correspondent exactement aux règles concernant la responsabilité pénale, c'est pour cela qu'elles portent le même nom. Mais quelle forme prennent les sanctions dans le cas du VIH et, plus particulièrement, dans la prévention du sida ? Quelles sont ces règles que les gens devraient respecter et qui reflètent les règles régissant la responsabilité ?

La plupart des sanctions ne peuvent être produites à moins d'être d'abord appliquées à une personne, qui sera privilégiée ou punie. La punition ou la récompense ne peuvent pas être comprises si elles ne sont pas reliées à une personne

soit punie soit approuvée. Par conséquent, nous dirions que la punition prend son sens par sa personnalisation. Une punition devient donc compréhensible en fonction de la personne qui est punie. Donc, une punition devient compréhensible selon *qui* est celui qui est puni. Cet individu, en tant que point d'application de la sanction, nous pouvons le nommer « sujet passif » ou celui qui « est soumis à la sanction » (patient). Par conséquent, c'est une règle de responsabilité qui détermine le sujet passif de la sanction ou qui définit les critères de sélection d'une personne à qui sera imposée la sanction. Dans le cas du sida qui est le sujet passif et quels sont les éléments qui forment son profil ? Quel est l'impact de la personnalisation de la responsabilité dans le contexte de la prévention ?

Comme nous l'avons vu, une interprétation qui cherche à intégrer la réalité sociale et à éclairer un fait, prend en considération, outre des causes (internes ou externes), les raisons (les motivations et les buts) qui ont mené quelqu'un à l'acte considéré (Buss, 1978) et qui donnent une explication logique à la pratique en question par rapport aux règles souveraines qui régissent la société. Nous concluons que la justification d'un acte est obtenue soit par la personnalité du sujet actant, soit par les raisons qui l'ont conduit à cet acte. Par conséquent, l'auteur assume la responsabilité de l'action (Fauconnet, 1928 ; Heider, 1958). Cependant, les questions de savoir à quel point l'attribution causale joue un rôle important dans l'attribution de la responsabilité (Fincham & Jaspars, 1983) ou si elle requiert plus de conditions, comme par exemple l'intention qui impose l'acte ou l'absence de restrictions qui fonctionnent en tant que contrepoids pour l'acteur (Heider, 1958), restent en suspens. Devos-Comby et Devos (2000) ont montré que la causalité et la responsabilité ne sont pas intrinsèquement liées mais peuvent au contraire fonctionner séparément, puisque selon les chercheurs : « la responsabilisation est une partie intégrante des processus de régulation sociale mis en place quand une règle est contournée » (p. 324). À cette lumière, l'utilité sociale de l'attribution de responsabilité consiste en la régulation de la conduite sociale et en la conservation des règles et des valeurs qui régissent la société. Quand une personne est jugée responsable d'actions nuisibles ou socialement inacceptables (Hart & Honoré, 1959), on lui impose une peine, ce qui ne se fait pas dans le cas d'une simple causalité. Ainsi, l'attribution de la responsabilité d'une action concrète cesse d'être une procédure sociocognitive de mise en avant de liens de causalité entre la motivation, le fonctionnement et l'effet, et devient un instrument de

contrôle social. Dans le cas du sida, de quelle manière s'exerce le contrôle social ? Comment le contrôle social est-il lié à la prévention ?

4.3. « Pourquoi cette recherche? » : vers une intégration de la perspective représentationnelle dans la prévention du sida

À ce stade, il convient de souligner le manque de bibliographie correspondante et l'insuffisance d'éléments scientifiques en Grèce concernant les dimensions psychologiques et socioculturelles du sida, ce qui donne plus de poids à la recherche, que nous avons effectuée. Comme le soulignent Agrafiotis et coll. (1997), la recherche sociale n'a pas vraiment évolué en Grèce. Alors que, dans les pays de l'Europe occidentale et en Amérique du Nord, l'apparition du sida a donné une impulsion particulière au développement des sciences sociales dans le domaine de la santé, cela n'a pas été observé en Grèce.

Les quelques recherches sociales et les études menées dans le domaine du sida (dont la plupart étaient de type KABP) n'ont pas permis la configuration d'une problématique autour du « phénomène » sida dans la société grecque. Comme Agrafiotis et coll. (1997) le font remarquer, les recherches sociales occasionnelles et fragmentaires que nous avons à notre disposition ne nous permettent pas d'arriver à des conclusions fiables délimitant clairement le binôme « sida et société grecque ». Concrètement, Agrafiotis et coll. (1997) insistent sur la nécessité de mener des études sur le territoire grec se rapportant à la presse, à la politisation du sida, à la notion de responsabilité personnelle, ainsi qu'aux facteurs qui contribuent à l'attribution. Une ambition-clé de cet effort de recherche est de concourir à l'établissement de certains premiers éléments dans le domaine, couvrant une partie de la lacune bibliographiques sur la question du sida en Grèce. Le sujet de cette thèse porte sur les représentations sociales et la construction sociale de la responsabilité sur le territoire grec. Afin d'étudier la responsabilisation en matière de VIH/sida, nous avons réalisé trois recherches.

La plupart des recherches sur la responsabilité en matière d'infection par le VIH, s'inscrivent dans la microstructure (relations interpersonnelles) en focalisant sur la prise en charge des malades par les professionnels de la santé³⁷ ou sur la prise des

37 Cf. Cobb & De Chabert, 2002

risques sexuels par les personnes séropositives³⁸. Il y a un manque d'éléments scientifiques en ce qui concerne la macrostructure et, en particulier, sur l'impact des représentations sociales et des attributions de responsabilité concernant les politiques et les stratégies préventives. Le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé est dominé par des recherches qui examinent les connaissances et les pratiques des personnes dans une logique de « vrai » / « faux » et des actions appliquées dans l'esprit de l'assimilation d'une conduite responsable à l'égard de soi-même et des autres. Même des travaux qui étudient les politiques de lutte contre le sida, comme ceux de Cattacin et Panchaud (1997), s'orientent vers une approche institutionnelle. Mais comment les acteurs de santé publique évaluent-ils les politiques mises en place ? Sur quel processus attributionnel fondent-ils leurs argumentations ? Comment les représentations sociales du sida interviennent-elles dans le processus de *prise de décision* (decision making) ? Toutes les trois recherches que nous allons présenter ci-dessous s'inscrivent dans le contexte de la prévention et de l'éducation pour la santé : a) les acteurs forment les politiques adoptées, b) la presse informe, ou plus précisément « éduque » le public, car, loin de diffuser tout simplement des éléments informatifs, les médias contribuent à la configuration des représentations sociales, et c) les enseignants, en tant qu'éducateurs pour la santé dans le milieu scolaire, visent à légitimer des idéologies et des pratiques sociales. Comme Foucault le remarquait, « Chaque système d'éducation est un moyen politique de maintenir ou de modifier l'appropriation du discours avec les connaissances et les compétences qu'elle exerce avec lui » (1972, p. 227).

4.4. Les hypothèses

Dans le cadre de la recherche sur ce qui se passe dans le domaine de la construction sociale du sida, nous avons mené deux études qualitatives (entretiens avec des décideurs politiques³⁹ et analyse de presse) à caractère exploratoire. Le but de ces deux études était l'émergence du domaine d'éléments de la pensée représentationnelle faisant du sida une réalité psychosociale, qui nous conduiraient à

38 Cf. Hong et al., 2006.

39 Traduction française du terme anglais « policy makers ».

la configuration d'un protocole expérimental sur le contrôle de nos hypothèses concernant l'attribution de la responsabilité.

La première recherche examine le mode de pensée des décideurs politiques dans le domaine de la lutte contre l'épidémie du sida en Grèce, au moyen d'entretiens semi-directifs. Le thème de la prévention était l'axe principal autour duquel tournent les questions du guide d'entretien.

La deuxième recherche a focalisé sur l'étude des modes de penser à travers la communication sociale. Plus précisément, nous avons assemblé les articles de la presse quotidienne ayant pour thème le sida. Cette recherche a été effectuée parallèlement à la première.

Pour l'analyse des données des deux recherches, nous avons utilisé la *méthode inductive* (inductively). La méthode inductive vise à la formulation et au développement d'hypothèses, qui seront examinées empiriquement, par une approche quantitative, dans une prochaine phase du travail de recherche. L'approche théorique est celle de la *grounded theory* (Strauss & Corbin, 1998 ; Borkan 2004), selon laquelle les données sont codées et classées. Les codes et catégories ainsi créés mènent, par la suite, au développement d'hypothèses claires.

Les résultats des deux recherches ont révélé **des modes de construction de l'objet « sida » analogues**. À travers le champ a émergé la dynamique de l'attribution de la responsabilité, sur laquelle nous avons focalisé, en construisant une problématique et en formant des hypothèses.

À la lumière des analyses de Fauconnet sur la construction sociale de la responsabilité, et de celles de Herzlich, sur les représentations sociales de la maladie (exposées dans la première section), et sur la base des résultats des deux recherches exploratoires, nous avons basé notre problématique de la responsabilité personnelle dans le cadre du sida sur deux hypothèses principales, que nous avons contrôlées dans le cadre de deux manipulations expérimentales (3^e recherche).

Notre hypothèse de base est que l'attribution de la responsabilité ne dépend pas de l'événement lui-même, mais des caractéristiques des sujets sociaux. Plus précisément, dans le cas du sida, la stigmatisation – en tant que forme de punition morale – n'est pas uniquement liée au fait de l'infection par le VIH, mais est constituée sur la base de certaines caractéristiques sociales du malade (c'est-à-dire *qui* est le malade).

Une sous-hypothèse est que si le séropositif appartient à un groupe social qui était déjà stigmatisé (pré-sida) (les homosexuels, les usagers de drogues, les personnes prostituées), l'attribution de responsabilité personnelle sera plus grande que dans le cas où le séropositif appartient à un groupe exempt de stigmatisation (*ex.* les hétérosexuels, les hémophiles). Bien que le *fait* de l'infection soit un élément commun entre tous les séropositifs, dû à la même *cause* (existence du virus), la différenciation observée dans le mode de vie, les valeurs morales, l'organisation des relations interpersonnelles, affecte la façon dont est jugé le séropositif. Le jugement est fondé sur des appréciations moralistes qui déterminent la place du patient dans la société, soit en tant que « victime » soit en tant que « bourreau ».

Une deuxième sous-hypothèse est que la responsabilité dans le cas d'infection par le VIH dépend – outre du mode de vie et des pratiques spécifiques socialement dévalorisées – de l'appartenance à un endogroupe / exogroupe. Compte tenu de l'augmentation de l'immigration au cours des deux dernières décennies, principalement de pays de l'Europe orientale vers les pays de l'Europe occidentale et de la rhétorique sur l'immigration qui s'est développée dans de nombreux pays, caractérisée par des éléments phobiques, nous supposons qu'un immigré ou un réfugié est jugé plus sévèrement qu'un Grec. En outre, comme l'a fait remarquer Wilson (1994), le sida « a jeté de l'huile sur le feu » en matière de racisme et de xénophobie. Les Haïtiens sont parmi les premiers groupes stigmatisés aux États-Unis.

Grmek (1989) se demande : « Pourquoi les Haïtiens ? Pourquoi eux seulement en dehors de ceux qui pratiquaient le coït anal ou se piquaient ? » (p.74). L'auteur de l'histoire du sida remarque : « Les convictions idéologiques d'une partie du corps médical et du public faisaient ressentir comme particulièrement gênante toute interprétation "raciste" du nouveau fléau, tandis que les options politiques et les sentiments nationalistes d'une autre partie, fort importante, lui était favorables. On déclara les Haïtiens "groupe à risque" et dans les rapports officiels on classa ce groupe géopolitique à côté des catégories définies par une certaine pratique sociale. On les stigmatisa tous comme porteurs potentiels de la contamination et on soupçonna même certains d'entre eux d'être les importateurs du sida, la véritable source de l'épidémie. Un bouc émissaire était trouvé » (p. 74). Les Américains accusent, donc, les Haïtiens et, en particulier, les immigrés illégaux, d'avoir ramené la « peste » moderne d'un pays aux mauvaises conditions d'hygiène et socialement désorganisé dans un pays jouissant d'un niveau de vie élevé et bien régulé (Grmek, 1989). Une

fois de plus dans l'histoire des grandes épidémies, « l'autre », cet « inconnu », fait l'objet de stigmatisation et devient bouc émissaire.

La deuxième hypothèse de notre recherche est reliée à la nature de la maladie et à ses modes de transmission. Nombreux sont ceux qui ont focalisé leur attention, d'un point de vue biologique, sur les modes de transmission de la maladie. La découverte du facteur pathogène (un virus présent dans tous les fluides du corps humain), s'est trouvée mêlée à la fantaisie, aux croyances, aux stéréotypes intolérants et aux peurs archaïques. La salive et la sueur (facteurs pathogènes de virus) ont été les premières sur lesquelles ont été axées les peurs d'une transmission massive potentielle du virus. Il y avait aussi, d'autre part, les moustiques, porteurs de maladies parasitaires et de pathologies mythiques et exotiques (comme la malaria, les diverses encéphalites, la filariose lymphatique, le virus O'Nyong Nyong, la fièvre Chikungunya etc.). En outre, l'association du sida avec le sperme et le sang, les fluides inhérents à l'existence humaine, ont ravivé des craintes primitives et archaïques. Aussi longtemps que les modes hypothétiques de transmission de la maladie étaient liés aux pratiques quotidiennes qui régissent les relations interpersonnelles, la peur de la contamination grandissait et devenait plus tangible et probable (Viaud, 2009). Un baiser, une poignée de main, une étreinte, le partage de rasoir, de toilettes et de piscine et nombreuses autres activités constituaient des modes potentiels de transmission du virus. Trente ans après l'apparition du sida, les brochures sur la prévention du VIH stipulent toujours les modes de *non-transmission* du virus.

Cette observation nous a menés à la configuration d'une hypothèse qui lie la « contagiosité » à la « responsabilité ». Concrètement, nous supposons que, si quelqu'un considère que le sida est une maladie contagieuse, il adoptera un comportement d'exclusion envers les malades tandis qu'au contraire, s'il voit le sida comme une maladie transmissible, son attitude sera plus tolérante.

Nous avons tenté de vérifier ces hypothèses à travers l'étude des représentations sociales et plus précisément à travers leurs deux mécanismes : l'*objectivation* (quel genre de maladie est le sida) et l'*ancrage* (interprétation de la maladie sur base de valeurs morales, de normes sociales etc.). Pour cette raison, nous avons conçu et réalisé deux manipulations expérimentales.

TABLEAU DES HYPOTHESES

1^{ère} hypothèse : L'attribution de responsabilité de l'infection par le VIH est associée à l'appartenance à un groupe.

- La responsabilité est attribuée à des individus qui appartiennent à des groupes socialement stigmatisés en raison de leur mode de vie et de leurs pratiques.

- La responsabilité est attribuée à des individus qui appartiennent à un groupe différent (exogroupe).

2^{ème} hypothèse : L'attribution de responsabilité est reliée à la représentation du type de la maladie (contagieuse *versus* transmissible).

Tableau 4.1 : Les hypothèses

4.5. Représentations sociales et triangulation comme outils dans l'étude psychosociale du sida

La nature de notre sujet de recherche nous a amenés à l'outil théorique des représentations sociales. L'étude des représentations sociales nous permet d'envisager une compréhension transversale à travers la prise en compte de différents niveaux d'interprétation, à la fois individuel, interindividuel et socioculturel. L'articulation de différents niveaux d'interprétation qui passe par l'abandon de la dichotomie *social / non-social*, selon Moscovici (1961, p. 359) représente un référent théorique permettant d'opérer une lecture et une interprétation transversales, appliquant, au procès de représentation les quatre niveaux d'explication psychosociologique distinguées par Doise (1982, 1993) : individuel, interindividuel, positionnel, idéologique et culturel.

Le sujet étant complexe et compliqué – comme la plupart des problèmes sociaux contemporains –, son approche a été tentée par diverses méthodes, tant qualitatives que quantitatives.

De nos jours, un nombre croissant de chercheurs en sciences sociales sont d'accord pour dire que l'application de nombreuses méthodes différentes est nécessaire, sinon indispensable, pour l'étude des représentations sociales (Moscovici, 1961 ; Denzin, 1970/1978 ; Hewstone, 1986 ; Jodelet, 1989 ; Flick, 1992 ;

Sotirakopoulou & Breakwell, 1992 ; Abric, 1994a ; Joffe, 1995 ; Ioannidi, 1996 ; Apostolidis, 1998).

Denzin (1978), se référant aux méthodes qualitatives, a présenté l'idée de combiner différentes approches méthodologiques pour étudier un phénomène. Ce chercheur estime que l'utilisation de multiples méthodes aidera les scientifiques sociaux à surmonter les critiques acerbes et le doute sur la fiabilité des résultats fondés sur une méthodologie unique.

Abric (1994b), soutenant le besoin d'une approche poly-méthodologique des phénomènes sociaux, mentionne que la représentation sociale est constituée de deux éléments : le contenu (l'information et les attitudes, selon la définition de Moscovici) et l'organisation des représentations (le champ de représentation d'après Moscovici). Par conséquent, l'étude des représentations sociales nécessite l'utilisation de méthodes visant à identifier les éléments qui composent la représentation, à savoir les connaissances de l'organisation de ces éléments. Afin, donc, d'étudier une représentation, nous avons besoin de nombreux outils méthodologiques, chacun nous présentant des éléments différents, ce qui nous permettra d'avoir une image synthétique de la représentation.

C'est dans cette optique que nous aborderons la stratégie de *triangulation*. L'idée de la triangulation s'appuie sur le principe de la ratification des résultats par la combinaison de diverses méthodes, visant au contrôle de l'exactitude des résultats. Concernant la triangulation en tant que stratégie de recherche inductive, Apostolidis (2006, p. 213) souligne : « Dans cette perspective, la stratégie de triangulation vise à conférer aux démarches qualitatives non seulement de la validité mais aussi, et surtout, de la rigueur, de l'ampleur et de la profondeur ». Donc, cette perspective permet (Fischer & Tarquinio, 1999) d'apporter du crédit à l'analyse, d'articuler des « explications causalistes des comportements », ainsi qu'une « interprétation psychosociale du sens des conduites ».

4.6. Terrain et méthodes

Le choix des méthodes et des techniques utilisées pendant la planification et l'opération de la recherche empirique a été basé sur les besoins et les particularités du

sujet et du terrain. Le but était d'avoir des résultats fiables avec le moins possible de problèmes techniques. Par exemple, dans le cas d'étude des représentations des acteurs de santé publique, l'entretien a été considéré comme l'outil le plus approprié en raison du nombre limité de personnes impliquées.

Dans cet esprit, on a choisi les moyens suivants :

- **Exploration bibliographique** relative au sujet (bibliographie grecque et internationale, contemporaine et classique).
- **Recherche d'archives** (lois et documents législatifs concernant la lutte contre le sida et les affaires relatives en Grèce).
- **Recueil du matériel de presse écrite** (matériel constitué de cent soixante-douze articles sur le sida, publiés dans vingt-cinq journaux à circulation panhellénique sur un an).
- **Entretiens semi-directifs** avec des acteurs politiques, administratifs, scientifiques et associatifs, impliqués dans la lutte contre le sida en Grèce (hommes politiques ayant servi à la direction du Ministère de la Santé, responsables des partis pour le secteur de la santé, cadres administratifs d'organismes contre le sida et les problèmes collatéraux, comme par exemple la prévention et le traitement de la toxicomanie, scientifiques – chercheurs en sciences biomédicales ou en sciences sociales, impliqués dans la recherche sur le sida en Grèce, membres d'ONG représentant un groupe ou des services de support à un groupe vulnérable au VIH).
- **Recherches de type expérimental** (réalisation de deux manipulations expérimentales avec quatre conditions expérimentales chacune sur la base de nos hypothèses initiales).

Comme on l'a déjà mentionné, le sida a été la cause d'une des plus grandes mobilisations que les sociétés modernes aient connues relativement à un problème de santé publique (Kirp & Bayer, 1992). Il a exigé la coopération des divers acteurs, soit publics soit privés. Suite à l'analyse de Cattacin et Panchaud (1997) sur les réactions politico-administratives et sociales face au sida, nous avons divisé les acteurs impliqués dans la lutte contre le sida dans les pays industriels en trois catégories (*cf.*

Schéma 4) : a) les acteurs *primaires ou centraux*, b) les acteurs *secondaires ou périphériques*, et c) les acteurs *tertiaires ou basiques*.

La première catégorie englobe les acteurs étatiques, les hommes politiques et les cadres de l'administration d'État, les scientifiques et les membres des associations des malades qui prennent des décisions, planifient des stratégies et mettent en place des interventions. Plus précisément, en Grèce la lutte contre le sida a été l'œuvre du système politico-administratif (d'abord, le Comité national du sida et, ensuite, le KEEL – aujourd'hui connu comme KEELPNO) qui a intégré des experts, majoritairement des médecins, des représentants de l'ordre social établi (présence d'un prêtre au Conseil Administratif du KEELPNO), mais également des personnes concernées (Comité des ONG du KEELPNO), qui ont joué un rôle consultatif dans la prise de décisions, ou qui l'ont influencé à différents degrés, selon leur statut. Le deuxième groupe d'acteurs englobe les organisations internationales (*ex.* OMS, ONUSIDA), les médias et les acteurs religieux (comme l'Église orthodoxe grecque, l'Orthodoxie étant la religion dominante⁴⁰) qui influencent, par leur pouvoir social, les décisions prises par les acteurs centraux. La dernière catégorie d'acteurs englobe ce qu'on appelle « la population générale » ou « l'opinion publique », qui est le destinataire ultime des décisions politiques, qu'elle accepte ou rejette.

Le sida a posé clairement l'interaction entre gouvernants et gouvernés et on a vu que des groupes socialement exclus sont passés au statut d'acteurs incontournables en matière d'organisation et de planification de politique sociale. Dans le champ de la politique, le sida a donné une autre perspective à la santé publique. Il a montré clairement que la planification de politique ne peut se faire à sens unique – *top down* – mais à deux sens (Agrafiotis et coll., 1997). C'est-à-dire, pour assurer la bonne mise en place des mesures préventives, il faut qu'elle inclue tous les acteurs et ne pas être le produit d'un seul pouvoir étatique. Dans cette optique, des groupes sociaux –

⁴⁰ L'Orthodoxie est « religion dominante » selon l'article 1 de la constitution grecque, laquelle est promulguée « au nom de la simple et indivisible Trinité ». L'Église orthodoxe grecque a pratiquement le statut d'une Église d'État. Les députés doivent prêter serment de fidélité à la patrie et à la démocratie au nom de la « sainte et indissoluble Trinité » et les prêtres et tout le personnel de l'Église sont payés sur les fonds publics. Les années scolaires commencent par une bénédiction et l'instruction religieuse est au programme dans toutes les classes. Depuis toujours, des icônes ornent la plupart des administrations publiques. La popularité de l'Église auprès de la population grecque repose sur le souvenir des quatre siècles d'occupation ottomane, pendant lesquels l'Église fut la seule instance protectrice de la langue et de la culture grecque.

jusque à ce moment – marginaux interviennent dans la prise de décision, par leurs représentants associatifs. Le défi le plus important posé par sida était sans doute la mise en place de partenariats et de réseaux de partenaires sociaux (networks) au niveau local et national, aussi bien qu'au niveau international.

La présente recherche ne s'attache pas à l'analyse des conflits et de la coopération entre ces acteurs dans le cadre de *welfare mix* et de *synergetic welfare mixes* (Evers, 1993), qui pourraient faire l'objet d'une analyse institutionnelle. Notre but est d'illustrer les représentations sociales des acteurs mentionnés ci-dessus sur la responsabilité des personnes et des groupes spécifiques. Les représentations sociales des *décideurs*⁴¹ peuvent nous permettre de comprendre les choix politiques, les stratégies et les actions mises en place. Elles nous permettront d'expliquer la volonté ou la réticence des acteurs de lutte contre le sida d'intervenir auprès des groupes présentant une vulnérabilité élevée. Comme on verra dans notre analyse, selon nos interviewés, la responsabilisation de l'infection par le VIH et son interprétation par une approche contagionniste et moraliste, influence la prise de décisions dans le champ de prévention. Pour étudier ce phénomène, nous avons réalisé trois recherches en construisant notre échantillon de divers acteurs des trois catégories. Dans la première recherche notre échantillon a été constitué d'acteurs politiques, administratifs, scientifiques et associatifs. La deuxième recherche est basée sur la presse écrite (journalistes) et la troisième, sur un échantillon sélectionné dans la population générale (étudiants de l'université).

⁴¹ Traduction française du terme anglais « decisions makers ».

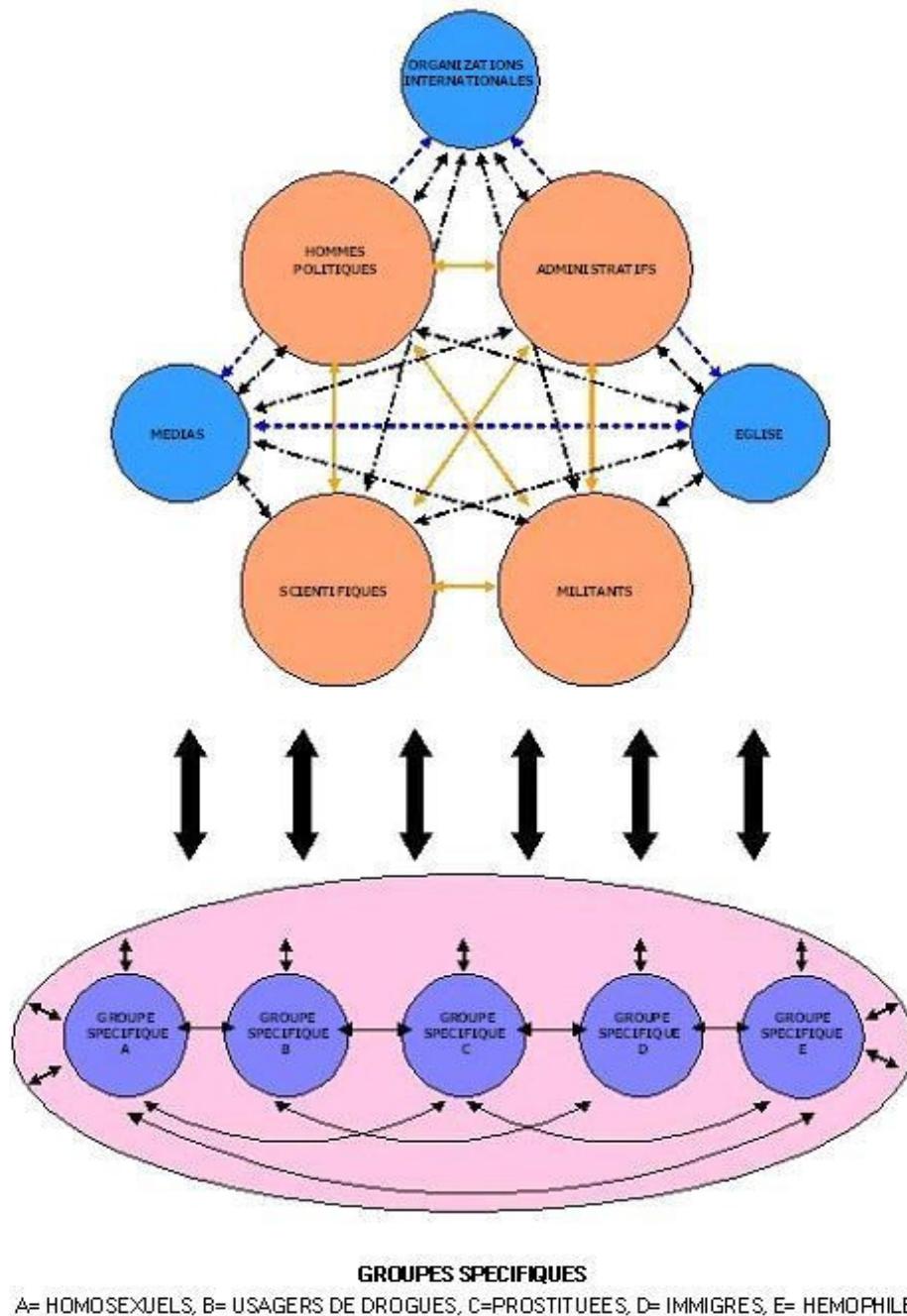


Schéma 4.1 : Interactions entre les acteurs de lutte contre le sida (Papathanasiou, 2011)

Plus précisément :

- 1) Pour identifier les représentations sociales concernant le sida et pour attribuer la responsabilité à qui de droit, on a jugé nécessaire de mener des recherches qualitatives sur un échantillon couvrant un large

éventail d'acteurs sociaux en rapport avec la formulation des politiques pour la prévention du sida en Grèce. L'absence d'éléments de recherche sur le sujet examiné a rendu nécessaire la réalisation d'un travail exploratoire. Comme Blanchet et Gotman (1992) notent : « Les entretiens exploratoires ont pour fonction de mettre en lumière les aspects du phénomène auxquels le chercheur ne peut penser spontanément, et de compléter les pistes de travail suggérées par ses lectures ». L'entretien est l'outil de prédilection de la phase exploratoire d'une recherche dans la mesure où il constitue lui-même « un processus de vérification continue et de reformulation d'hypothèses » (Thompson, 1980, p. 226-242). Il est particulièrement indiqué, en début de recherche, lorsque les hypothèses de départ ne sont encore qu'incomplètement formulées. Dans la phase exploratoire de cette recherche, nous avons distingué différents domaines à aborder dans les entretiens semi-directifs, avec des personnes spécialisées en relation directe ou indirecte avec le sujet de la recherche. Nous avons, donc, tenté de rencontrer des acteurs politiques, administratifs, scientifiques et associatifs et de discuter avec eux. La recherche dont nous rendons compte est caractérisée par l'importance donnée à l'analyse des discours recueillis auprès d'acteurs de santé publique et de lutte contre le sida. Les sujets travaillant sur le terrain opèrent comme un canal de communication entre le chercheur et le groupe social qui fait l'objet de notre étude. Dans notre recherche, tant sur les relations du personnel médical avec les patients atteints du sida (Papathanasiou & Agrafiotis, 2005) que sur les problèmes de travail des séropositifs (Papathanasiou, 2001a, 2009), nous nous sommes adressés à des représentants d'ONG pour obtenir nos informations. Nous nous sommes donc adressés à une troisième personne, extérieure à la relation interpersonnelle des deux protagonistes (médecins – patients ou employeurs – employés séropositifs), leur demandant de parler de ces relations en leur qualité de médiateur entre le médecin et le patient et l'employeur et l'employé séropositif. Notre choix des représentants des ONG comme échantillon de notre recherche, d'une part, nous a permis de recueillir, sur le terrain, des informations

condensées (événements) qui nécessiteraient autrement un grand nombre de séropositifs et, d'autre part, d'examiner les représentations des « médiateurs » eux-mêmes en tant qu'« observateurs » des relations interindividuelles et intergroupes. Nous pensons que leur exclusion de la recherche sociale diminue la valeur de leur rôle dans la configuration de la dynamique des relations interpersonnelles et des relations intergroupes et l'importance de leurs activités dans le domaine social. De même, dans la présente recherche, les employés travaillant dans des structures concernant le sida et la santé publique en général, opèrent comme un canal d'acheminement des représentations des membres des groupes qui se situent au centre de notre intérêt scientifique. Ils extériorisent donc, d'une part, leurs représentations personnelles en tant qu'individus et professionnels et, d'autre part, ils transposent les représentations des groupes avec lesquels ils travaillent. L'entretien, comme outil de recherche, apparaît comme une méthodologie majeure dans l'étude des représentations sociales (cf. Abric, 1994b) et un moyen incontournable pour saisir la dynamique psychosociale des phénomènes représentatifs. Le travail de Herzlich (1969) sur la maladie, et celui de Jodelet (1976) sur le corps, constituent deux références éminentes des possibilités qu'offre l'analyse des productions discursives, à travers les entretiens de recherche, dans l'étude des représentations sociales. La méthode semi-directive de recueil des données laisse une grande marge d'initiative aux personnes interviewées en leur permettant de s'exprimer sur les éléments de leur choix et de ne pas aborder ce qu'elles ne veulent ou ne peuvent dans les conditions d'un entretien. Cette méthode favorise l'expression des contradictions, des incohérences et des répétitions et nous permet de repérer des points aveugles qui ne sont pas abordés spontanément par les locuteurs. Il s'agit donc d'un mode de recueil qui produit un certain type de matériel, dont on suppose qu'il est bien davantage le reflet des dispositions et des interrogations, donc des représentations des locuteurs, que celui de leur pratique effective (Giami, 1999). Nous avons effectué une lecture interprétative en vue d'explorer, d'illustrer et de comprendre les représentations sociales sur

l'attribution de la responsabilité. Dans cette démarche, le discours ne se réfère pas directement aux éléments contextuels. Le fil de notre analyse est la dimension de la signification que le locuteur donne aux « objets ». Nous avons demandé aux participants de parler d'un sujet ayant trait aux politiques sur la santé publique : celui de la prévention. La prévention est le moyen par lequel nous avons abordé les représentations des participants au sujet du sida en général et par rapport à l'attribution de responsabilité plus particulièrement. Les personnes interviewées, tentant d'interpréter les décisions politiques et les actions mises en place liées à la prévention du sida, ont mentionné des sujets sur les questions de l'identité sociale, des valeurs, des normes et de la morale.

- 2) Nous avons procédé à la collecte et l'analyse d'articles de presse sur le sida, concernant la période où nous effectuons les entretiens avec les protagonistes sociaux de la lutte contre l'épidémie. Afin de donner un relief au contexte social de la représentation, cette étude n'a pas pour but de déterminer les variables spécifiques individuelles ni d'examiner des lois de causalité qui relèvent uniquement de la psyché individuelle. Un aperçu des messages principaux des articles dans la presse de l'époque fournissent le cadre dans lequel peuvent être considérées les représentations des personnes interrogées. L'interaction entre discours institutionnel et représentation profane n'est pas de nature causale (cause / causalité). On pourrait même plutôt dire que les significations qui figurent dans les médias se font, dans une certaine mesure, l'écho de la pensée profane et vice versa. *L'analyse de contenu* (content analysis) est une méthode d'analyse secondaire de matériel qualitatif, qui est généralement appliquée à des matériaux provenant des médias (publications, entretiens télévisés et radiophoniques etc.) (Kyriazi, 1999). Notre objectif était d'identifier les facteurs qui contribuent à la construction sociale du sida à travers la communication sociale (Quels sont les mécanismes interprétatifs qui contribuent à la formation de la représentation de la maladie ?), l'émergence des images archétypes des malades du sida (Quelle est l'image sociale du séropositif ?), ainsi que les représentations concernant « l'autre dangereux » (Qui me met en

danger ?). Dans ce but, outre l'analyse de contenu, des méthodes supplémentaires et quantitatives (analyse statistique via SPSS) ont été utilisées pour la nomination des variables qui déterminent la catégorisation conceptuelle des données. Cette recherche a suivi certaines étapes de base. Pour commencer, nous avons effectué un traitement théorique et une clarification de l'objet de recherche et des questions de recherche. Ensuite, nous avons déterminé les sources de la matière qualitative et les unités d'enregistrement et d'analyse. Ensuite, nous avons procédé à la systématisation des catégories conceptuelles dans lesquelles sont classées les données qualitatives et sur lesquelles est fondée essentiellement l'analyse de contenu. Enfin, nous avons codé la matière dans chaque catégorie et entre les catégories différentes. L'analyse de contenu est une méthode d'étude de la communication sociale, mais, principalement, de ses implications sociales et de ses conséquences (Iosifidis, 2003). Les publications de la presse quotidienne constituent souvent la matière pour l'étude des représentations sociales du sida. À titre indicatif, nous mentionnerons la recherche de Herzlich et Pierret (1988) en France, celle de Kitzinger (1998) au Royaume-Uni et de Lupton (1999) en Australie. Bien entendu, nous ne pourrions pas négliger l'étude du fonctionnement représentationnel à travers la presse, qui a constitué le sujet de l'ouvrage fondamental de Serge Moscovici (1961) sur les représentations sociales, intitulé *La psychanalyse, son image et son public*. En Grèce, il n'y a aujourd'hui aucun chercheur en sciences sociales étudiant le sida, ayant tenté une recherche dans cette direction. Notre recherche représente la première tentative de capturer et d'enregistrer les représentations du sida dans la presse grecque.

- 3) Les résultats de ces deux recherches ont constitué la base pour l'exploitation et la mise en œuvre de la troisième recherche consécutive. Nous avons mené une série de travaux de type quasi-expérimental, dans le but de construire des « variables contextualisées », ancrées dans le système de représentations que nous analysons, à travers le matériel qualitatif que nous recueillons, et de tester l'effet de certaines dimensions particulièrement saillantes dans

« l'épistémologie du sens commun » (Paicheler, 1984) sur les processus sociocognitifs en relation avec leur objet (Apostolidis, 1998). Dans le domaine de la psychologie sociale, la méthode expérimentale est souvent utilisée lorsque le chercheur veut tester l'effet de diverses variables sur le phénomène qui l'intéresse. L'interaction entre individuel et collectif est isolée et elle est contrôlée à travers les conditions expérimentales spécialement formées afin que le chercheur puisse interpréter la configuration d'attitudes et de perceptions, ainsi que les facteurs qui les influencent. Ces dernières années, la méthode expérimentale, et, plus précisément, la recherche expérimentale sur le terrain, où les expériences sont réalisées dans le milieu naturel des sujets, prédomine de plus en plus dans le domaine de la psychologie sociale, à tel point qu', aujourd'hui, nous sommes en mesure de dire que la psychologie sociale contemporaine est – de nature et conviction – expérimentale (Papastamou, 1989a). La méthode expérimentale a été appliquée par de nombreux scientifiques dans l'étude des représentations sociales. Par Doise (1973), étudiant les relations intergroupes, par Codol (1969, 1974), sur la représentation de la nature du travail et l'image de soi, par Abric (1976), analysant le rôle de la représentation sociale de l'individu (personne ou machine), par Moscovici et Mugny (1987), sur le phénomène de la conversion idéologique – l'influence sociale des minorités actives, par Mugny et Papastamou (1984), sur les phénomènes de l'influence sociale (Papastamou, 1989b). Dans cette étude, notre objectif a été de retracer, comme indiqué, les représentations sociales sur le sida en ce qui concerne l'attribution de responsabilité. Nous allons essayer de faire apparaître la manière dont le profane interprète le sida et procède à des attributions, fondées sur l'identité sociale de la personne séropositive. Nous tenons, donc, à étudier la manière dont l'identité sociale du patient influe sur son traitement par l'environnement. Nous avons choisi l'application de la méthode expérimentale afin de ne pas nous limiter à l'enregistrement simple d'une situation, mais de procéder à l'étude de la dynamique des représentations dans le domaine social, telle qu'elle est décrite par Claudine Herzlich (1969). Au moyen de

différentes conditions expérimentales de contrôle des diverses variables-clés indépendantes, nous avons tenté d'étudier l'interrelation de certaines attitudes face aux personnes vivant avec le VIH, à travers les opinions exprimées par notre échantillon en ce qui concerne l'attribution causale (causes internes ou externes) de la contamination par le VIH.

Le Tableau A ci-dessous résume les trois recherches qui ont été menées afin d'étudier les représentations sociales du sida et, plus précisément, l'attribution de responsabilité en ce qui concerne le sida en Grèce.

No de Recherche	Titre	Méthode	Echantillon	Objet d'analyse	Objectifs	Période
1	Représentations sociales du sida chez des acteurs publics	Enquête par entretiens semi-directifs	40 acteurs politiques, administratifs, scientifiques et associatifs	Discours institutionnel et associatif sur les politiques de prévention du sida	Explorer Approfondir	2005-2006
2	Représentations sociales du sida dans les quotidiens grecs	Analyse de presse	172 articles dans 25 quotidiens	Discours médiatique sur le sida	Explorer Approfondir	2008-2009
3	Représentations sociales et attributions de la responsabilité du sida chez des futurs enseignants	Expérimentations de terrain	240 étudiants de l'université	Représentations du sida et attitudes à l'égard des personnes séropositives	Vérifier Contrôler	2009-2010

Tableau 4.2 : Présentation des recherches

Dans les chapitres suivants nous présenterons les différentes opérations de recherche et leurs résultats principaux. Nous tenterons d'illustrer la notion de responsabilité dans le contexte du VIH et de comprendre les mécanismes de sa construction sociale par une approche représentationnelle qui lui donne « sens ».

Première recherche :

Les représentations de la responsabilité liée au VIH chez les acteurs de santé publique

« En menant une existence relâchée les hommes sont personnellement responsables d'être devenus eux-mêmes relâchés, ou d'être devenus injustes ou intempérants, dans le premier cas par leur mauvaise conduite, dans le second en passant leur vie à boire ou à commettre des excès analogues : en effet, c'est par l'exercice des actions particulières qu'ils acquièrent un caractère du même genre qu'elles. On peut s'en rendre compte en observant ceux qui s'entraînent en vue d'une compétition ou d'une activité quelconque : tout leur temps se passe en exercices. Aussi, se refuser à reconnaître que c'est à l'exercice de telles actions particulières que sont dues les dispositions de notre caractère est-il le fait d'un esprit singulièrement étroit. En outre, il est absurde de supposer que l'homme qui commet des actes d'injustice ou d'intempérance ne veuille pas être injuste ou intempérant; et si, sans avoir l'ignorance pour excuse, on accomplit des actions qui auront pour conséquence de nous rendre injuste, c'est volontairement qu'on sera injuste. Il ne s'ensuit pas cependant qu'un simple souhait suffira pour cesser d'être injuste et pour être juste, pas plus que ce n'est ainsi que le malade peut recouvrer la santé, quoiqu'il puisse arriver qu'il soit malade volontairement en menant une vie intempérante et en désobéissant à ses médecins : c'est au début qu'il lui était alors possible de ne pas être malade, mais une fois qu'il s'est laissé aller, cela ne lui est plus possible, de même que si vous avez lâché une pierre vous n'êtes plus capable de la rattraper. Pourtant il dépendait de vous de la jeter et de la lancer, car le principe de votre acte était en vous. Ainsi en est-il pour l'homme injuste ou intempérant : au début il leur était possible de ne pas devenir tels, et c'est ce qui fait qu'ils le sont volontairement; et maintenant qu'ils le sont devenus, il ne leur est plus possible de ne pas l'être. »

Aristote, *Éthique à Nicomaque*

5.0. Les acteurs et les réseaux d'action

Outre le fait qu'elles fournissent des informations utiles à la conception et à la mise en œuvre d'interventions efficaces dans le domaine de la prévention, les représentations sociales sur le sida mettent également en évidence les relations dynamiques entre les divers groupes sociaux, en aidant à comprendre les critères de sélection, ainsi que les raisons du succès ou de l'échec des politiques adoptées et des interventions mises en place pour la lutte contre l'épidémie du sida dans une société.

Par exemple, les représentations des personnes ayant un pouvoir de décision (decision makers) sur les questions de sexualité en général ou sur certaines de ses

formes et de ses expressions spécifiques (contact sexuel entre personnes de même sexe, partenaires sexuels multiples, prostitution etc.), sur l'usage de drogues ou sur l'immigration, portent en elles-mêmes des réponses aux questions relatives aux choix, aux décisions et aux pratiques politiques en matière d'interventions de prévention.

La politique de lutte contre le sida (prévention – prise en charge) est le résultat de l'interaction entre les différents acteurs (Cattacin & Panchaud, 1997). Dans leur travail sur les réactions politico-administratives face au sida au niveau européen, Sandro Cattacin et Christine Panchaud (1997) ont montré que les politiques pour : a) la prévention, b) les soins et les services psychosociaux, c) le contrôle et la coordination politique, d) la recherche, sont déterminées par les rapports sociaux entre les acteurs politiques, administratifs et scientifiques et les groupes vulnérables, à travers leurs représentants associatifs.

Comme nous l'avons démontré dans la partie bibliographique, concernant les politiques de prévention, le *welfare mix*⁴² (Evers, 1993) s'organise en fonction des groupes cibles. Selon les groupes concernés, il se caractérise par la prédominance, soit d'acteurs publics, soit d'acteurs privés, soit encore par un équilibre relatif entre les deux types d'acteurs, en fonction du contexte sociopolitique et culturel. Les actions « tout public » sont élaborées et mises en œuvre principalement par des acteurs publics⁴³, alors que celles destinées à des populations spécifiques (homosexuels, usagers de drogues, personnes prostituées, immigrés) relèvent de la compétence d'acteurs privés⁴⁴, souvent subventionnés par des fonds publics. En général, cette spécialisation est explicite. Cependant, on peut observer l'absence de volonté, voire un refus de la part des acteurs publics de s'adresser à certains groupes cibles (aux homosexuels, en particulier). La mise en relation initiale du sida avec des groupes sociaux minoritaires et, surtout, marginalisés, comme les homosexuels et les usagers de drogues, a été une des raisons du retard de la mobilisation politique. Le sida a mis en évidence l'interaction entre gouvernants et gouvernés et on a pu voir comment des

42 En parlant de *welfare mix* et de *synergetic welfare mixes*, on se réfère aux accords institutionnels entre des acteurs de statut juridique différent, qui coopèrent (cette collaboration pouvant prendre des formes diversifiées) à la planification des politiques et des stratégies d'intervention visant à affronter un problème apparu dans la société.

43 Le terme « acteurs publics » implique tous les services médico-psycho-sociaux étatiques.

44 Le terme « acteurs privés » désigne des organisations non gouvernementales (ONG).

groupes socialement exclus deviennent des acteurs privilégiés dans l'organisation et la planification de la politique sociale. C'est la première fois que les citoyens se sont mobilisés de manière si intense pour une affaire sanitaire. Le sida est devenu un enjeu politique en posant directement des questions sur la démocratie et les droits de l'homme.

Ainsi, un travail d'analyse des représentations sociales du sida chez des acteurs publics et privés nous donne la possibilité d'analyser les décisions politiques et les actions mises en place. En français comme en grec, un seul et même terme est utilisé pour désigner « la politique » (*politiki*). L'anglais, par contre, fait une distinction entre « policy » et « politics ». Le premier terme (*policy*) se réfère aux décisions, aux lois et à tout ce qui est relatif au fonctionnement de l'État. Le second (*politics*) se réfère à l'interaction (coopération, conflit etc.) entre les acteurs (hommes politiques, groupes sociaux etc.) qui conduit à la prise de décision dans un domaine concret (*ex.* dans le domaine de la santé).

Notre recherche s'inscrit dans le deuxième contexte, celui des « politics ». Elle s'intéresse aux interactions entre les divers groupes d'acteurs, à leurs alliances et à leurs résistances dans le domaine de la lutte contre l'épidémie et plus précisément dans celui du contrôle de la propagation du VIH. Une analyse des politiques contre le sida nous aide à mieux comprendre l'univers de l'organisation sociale ainsi que les relations endogroupes et intergroupes. Par conséquent, dans une optique d'exploration du terrain conforme à la *grounded theory*, nous avons demandé à nos interviewés de nous parler des politiques et des actions mises en œuvre pour la prévention du sida en Grèce. La question de la prévention nous a permis d'avoir accès aux représentations des acteurs et de révéler les principes qui régissent la notion de responsabilité. Quelle est la place de la responsabilité dans le discours des acteurs sur le sida ? Quelles sont les composantes de ce que l'on nomme la « responsabilité » ? Les relations intergroupes influencent-elles les jugements de responsabilité ? Voilà certaines questions auxquelles nous tenterons de répondre par la suite.

5.1. Méthodologie

Notre recherche de terrain auprès des personnes impliquées dans la lutte contre le sida en Grèce s'est effectuée à Athènes, en collaboration avec le Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Société (CERMES) à Paris et le Département

de Sociologie de l'École Nationale de Santé Publique (ESDY) à Athènes et a duré neuf mois (de novembre 2004 à juillet 2005), une définition du champ de la recherche, de ses limites et ses difficultés ayant eu lieu au préalable.

Les spécificités du terrain ont déterminé l'utilisation de méthodes qualitatives. L'usage d'une méthodologie qualitative pour étudier les représentations sociales est assez fréquent dans la recherche en psychologie sociale. Les travaux déjà évoqués de Claudine Herzlich sur les représentations sociales de la maladie et ceux de Denise Jodelet sur les représentations sociales de la folie qui illustrent l'application des méthodes qualitatives (*ex.* l'entretien) pour examiner la dynamique des représentations sociales, en sont des exemples caractéristiques.

Dans notre démarche, l'échantillon limité de notre population a été une des raisons principales de notre choix des méthodes qualitatives. Le manque d'« experts » dans le domaine du sida en Grèce nous empêchait d'avoir accès à un échantillon aléatoire représentatif, une condition prérequis pour l'emploi de méthodes quantitatives. En effet, en Grèce, peu de gens sont engagés dans la lutte contre le sida et très peu d'institutions et d'associations sont directement concernées par ce sujet. Au niveau administratif, il existe un organisme étatique, le Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies (KEELPNO). Au niveau associatif, on comptait huit (8) associations de lutte contre le sida (six [6] à Athènes et deux [2] en province [une à Thessalonique et une à Patras]), dont quatre (4) seulement sont actives aujourd'hui. Au niveau scientifique, les centres – institutions de recherche biomédicale ou sociale sur le sida sont peu nombreux. L'ESDY est l'institution qui joue, en Grèce, un rôle primordial dans le domaine de la recherche sur le sida. En outre, il n'existe qu'une seule société scientifique consacrée à l'étude du sida, la Société Hellénique pour l'Étude et la Lutte contre le Sida (EEMAA). Comme nous l'avons déjà évoqué, notre but était d'explorer le terrain, d'approfondir nos questionnements et de recueillir des informations propres à nous aider à construire les hypothèses des expérimentations.

Nous avons décidé d'interviewer des membres de groupes sociaux spécifiques, jouant un rôle primordial dans la lutte contre le sida. L'entretien semi-directif nous a servi d'outil d'information, car nous considérons que cet outil méthodologique est en mesure de garantir un nombre satisfaisant de données. Comme nous l'avons déjà noté ci-dessus, nous avons effectué quarante (40) entretiens. Chaque groupe (hommes

politiques, personnel administratif, scientifiques et militants) était constitué de dix (10) personnes.

À partir de l'étude de terrain, nous avons interviewé des hommes / femmes – politiques, personnel administratif, scientifiques et militants – qui se situent, d'une manière ou d'une autre, à la croisée des chemins politiques de prévention du VIH/sida. Ces groupes sociaux ont joué un rôle important dans la planification et l'application des politiques de prévention du sida en Grèce.

Nous avons privilégié quatre sphères particulières :

1/ **les responsables politiques** qui se sont succédés au pouvoir, soit à la direction politique du Ministère de la Santé, soit en charge des affaires de santé dans leur parti, ayant participé aux prises de décision relatives à la planification de la stratégie sanitaire du pays ; tous les hommes politiques participant à notre recherche sont des membres des partis représentés au parlement ;

2/ **le personnel administratif** (cadres d'État) qui dirige les commissions, les institutions ou les services se rapportant directement ou indirectement au sida, indépendamment de leur statut professionnel (médecins ou autres) ;

3/ **les scientifiques** impliqués dans la recherche biomédicale ou psychosociale relative au sida et représentant une institution ou une société scientifique ;

4/ **les militants** des associations qui agissent directement ou indirectement contre le sida tant au niveau national qu'au niveau local.

5.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des personnes interviewées

Nous présentons ci-dessous les personnes interviewées selon : a) l'*identité politique*, b) le *sexe* et c) l'*âge* (Voir fiche de présentation détaillée des personnes interviewées en annexe).

Selon l'*identité politique*, la plupart des interviewés (5 sur 10) sont membres du PASOK (parti socialiste). Cette surreprésentation peut être expliquée par le fait que le PASOK a été au pouvoir pendant 20 ans et, par conséquent, la majorité des ministres et des secrétaires d'État auxquels nous nous sommes adressés étaient membres du parti socialiste. Trois interviewés appartiennent à la *Nea Dimocratia*

(parti libéral), une personne est membre du *Synaspismos* (parti de gauche) et une autre est membre du parti communiste *KKE*.

Certaines personnes avaient un statut double ou multiple ; par exemple, celui de scientifique et d'homme politique, de scientifique et de militant ou encore de scientifique, de personnel administratif et de militant à la fois etc. Nous nous sommes basés sur leur statut le plus en rapport avec les questions du sida et les avons intégrés dans la catégorie appropriée. Par exemple, une femme politique, médecin de profession, qui ne s'était pas impliquée dans la lutte contre le sida en sa qualité de médecin, a été intégrée à la catégorie des « hommes politiques », en raison de son implication dans la lutte contre le sida pendant son mandat au Ministère de la santé. Dans certains cas, nous avons demandé à la personne elle-même de nous préciser en quelle qualité elle désirait participer à notre recherche.

Concernant le *sexe* des interviewés, vingt-deux (22) individus sont des hommes et dix-huit (18) des femmes. En corrélation avec la variable du statut, parmi les « hommes politiques » sept (7) en sont des hommes et trois (3) en sont des femmes. Parmi le personnel administratif, il y a un (1) seul homme et neuf (9) femmes. Sept (7) militants sont des hommes et trois (3) des femmes. Nous avons interviewé sept (7) scientifiques hommes et trois (3) femmes. La surreprésentation des hommes chez les Élus et les scientifiques reflète la réalité sociale. La Grèce présente un taux de femmes parlementaires de 6,3%, se situant ainsi en dernière position des pays européens (Kalimeri, 1999). De même, le taux de femmes appartenant à la communauté académique, qui réussissent à obtenir le grade de « professeur » est limité (Pantelidou-Malouta, 2002). Le nombre majoritaire des femmes dans la catégorie « personnel administratif » peut être expliqué par le nombre élevé des femmes dans le secteur public (40% des femmes employées : Pantelidou-Malouta, 2002) et par leur identité professionnelle (infirmières, psychologues, éducatrices), ce type de profession comptant traditionnellement une majorité de femmes. Dans la catégorie « militants », on observe une faible participation des femmes. Ceci peut être expliqué par la domination traditionnelle des hommes homosexuels dans les associations de lutte contre le sida, dans les sociétés occidentales (*cf.* Tarabay, 2000).

Concernant l'*âge* des personnes interviewées, nous avons créé quatre (4) catégories : a) 25-35, b) 36-45, c) 46-55 et d) 56 +. À la fin de l'entretien, une fiche d'identité était donnée à la personne interviewée, où elle devait cocher son âge. Par

discrétion, il lui était proposé de s'isoler. Au total, dix-sept (17) personnes appartiennent à la catégorie d'âge 56 +, sept (7) à celle des 46-55, onze (11) à la catégorie des 36-45 et cinq (5) à la catégorie des 25-35. Selon leur statut, deux (2) politiques appartiennent à la catégorie des 36-45 et huit (8) à la catégorie des 56 +. Parmi le personnel administratif, deux (2) font partie des 25-35 ans, quatre (4) des 36-45 ans, trois (3) des 46-55 ans et un (1) des 56 +. Quatre (4) militants appartiennent à la catégorie 25-35, quatre (4) à celle des 36-45, un (1) à celle des 46-55 et un (1) à celle des 56 +. Enfin, parmi les scientifiques interviewés, un (1) seul fait partie de la catégorie 36-45, trois (3) de la catégorie 46-55 et six (6) de celle des 56 +. Comme on peut l'observer, dans notre recherche, la population des militants est la plus jeune, la plus âgée étant celle des hommes politiques.

5.1.2. Limites et difficultés rencontrées au cours de la recherche

Pendant la phase de recherche sur le terrain, nous avons rencontré certaines difficultés pour recueillir les témoignages nécessaires à notre recherche. Il fallait, parfois, des mois pour obtenir les rendez-vous, surtout avec les hommes politiques, qui constituent un groupe cible, au niveau de la recherche, difficile à aborder.

En résumé, les problèmes les plus importants étaient les suivants :

- Le nombre limité d'organisations et de personnes impliquées dans la lutte contre le sida en Grèce.
- La bureaucratie de l'administration publique.
- Le refus de certains d'y participer (surtout des hommes politiques)⁴⁵.
- La difficulté de fixer un rendez-vous.
- Le temps limité consacré à notre entretien.

⁴⁵ Il est important ici de souligner qu'à la direction politique du Ministère de la Santé de l'époque (2004-2005) nous avons essuyé un refus général (de la part des : ministres, sous-ministres [secrétaires d'État], secrétaires généraux [sous-secrétaires d'État]). La méfiance était manifeste à l'évocation d'une recherche élaborée par une institution académique étrangère, sans doute interprétée comme une espèce de « contrôle » sur leurs décisions politiques. Mentionnons à l'appui le fait qu'une conseillère du Ministre de la Santé a téléphoné à l'ESDY pour demander des renseignements supplémentaires sur notre recherche qui, a-t-elle affirmé « avait bouleversé le Ministère ». Plus généralement, il est particulièrement difficile d'aborder le groupe des hommes politiques. Nous mentionnerons le cas d'une recherche sur le sida menée par l'Université de Panteion (Sivri, 2001) où **un seul et unique** député a accepté d'accorder un entretien.

- La période où s'est déroulée la phase de la recherche sur le terrain (après les Jeux Olympiques et Paralympiques « ATHÈNES 2004 » et après les élections nationales).

5.1.3. Le guide d'entretien

Les entretiens sont de type semi-directif. Un guide d'entretien commun a été élaboré pour les personnes interviewées (*Voir en annexe*). Le guide commun nous permet d'effectuer des comparaisons entre les différents acteurs. Le guide est établi sur la base de neuf (9) axes : a) parti politique / organisation / association / société-institution, b) sensibilisation collective, c) prévention générale / prévention du sida, d) source d'information-acteurs, e) politiques, f) populations, g) éducation pour la santé / éducation sexuelle, h) dispositifs, i) Union européenne.

À la fin de l'entretien, deux fiches étaient remplies. Une fiche d'identité de l'interviewé avait été préparée, dont les éléments étaient soumis à une analyse quantitative. De plus, le chercheur a rempli une fiche d'évaluation de l'entretien concernant les conditions de l'entretien (les éléments positifs ou / et négatifs), les résultats d'observation (communication verbale et non verbale) etc. L'interviewer y consignait d'éventuels commentaires « off the record » de l'interviewé (*Voir en annexe*).

La consigne changeait d'une population à l'autre :

<p>Hommes politiques : Dans votre parti, comment tenez-vous compte des affaires sanitaires ?</p> <p>Personnel administratif : Pourriez vous me parler de votre organisation, de son champ d'intervention, de ses activités et du public auquel elle s'adresse ?</p> <p>Scientifiques : Pourriez vous me parler de votre institution⁴⁶ de son champ d'intervention, de ses activités et du public auquel elle s'adresse ?</p> <p>Militants : Pourriez vous me parler de votre association, de son champ d'intervention, de ses activités et du public auquel elle s'adresse ?</p>

⁴⁶ Éventuellement, un centre de recherche, un laboratoire ou une association scientifique.

5.1.4. Les conditions des entretiens

Les entretiens se sont déroulés dans le cadre d'un « contrat » établi préalablement entre l'interviewer et les interviewés. Ce contrat stipulait l'identité de l'interviewer en insistant sur sa neutralité, ainsi que le but de la recherche dont, souvent, les personnes interrogées s'enquéraient.

Les personnes interviewées ont fait preuve de suspicion. Ainsi, il nous semble important de mentionner le cas de deux (2) personnes (un homme politique et un scientifique) s'obstinant à lire leurs propres notes tout au long de l'entretien, même lorsque celles-ci n'étaient pas en rapport avec la question posée .

Les entretiens duraient entre 30 minutes et 1 heure 30. Les hommes politiques y ont consacré un temps limité (la plupart des entretiens ont duré 30 minutes). Dans la plupart des cas, la durée de l'entretien que les politiques pouvaient nous consacrer était réglée par leur secrétaire et nous étions tenus de la respecter. Les scientifiques nous ont également consacré assez peu de temps. Les plus longs entretiens nous ont été accordés par les militants et le personnel administratif.

La plupart des entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des personnes interviewées, deux (2) militants ont été interviewés dans un parloir associatif (étranger à leur propre association) et un (1) autre militant a été interviewé chez le chercheur. Le discours tenu par les personnes interviewées sur leur lieu de travail était très professionnel et leur statut professionnel était présent tout au long de l'entretien. Les militants interviewés dans le parloir d'une autre association (association d'immigrés) avaient un discours militantiste (à forte dimension politique et à caractère parfois agressif). Au contraire, le militant interviewé chez le chercheur – où l'ambiance était plus décontractée – était plus détendu. Des recherches (Blanchet & Gotman, 1992 ; Blanchet & Blanchet, 1994) montrent que l'environnement affecte le discours de l'interviewé. Par exemple, le discours d'un médecin interviewé dans l'hôpital où il travaille ou dans son cabinet, diffère de celui qu'il aurait tenu s'il était interviewé chez lui.

La plupart des entretiens se sont déroulés sans interruption. Dans quelques cas, surtout lors d'entretiens avec les hommes politiques et les scientifiques, l'apparition d'une personne ou l'occurrence d'un appel téléphonique ont occasionné de brèves pauses.

* * *

Nous présenterons l'analyse des discours recueillis auprès des acteurs sociaux interviewés. Les extraits présentés sont choisis sur la base de leur pertinence, de leur typicité ou / et de leur représentativité. Les résultats seront développés autour des axes thématiques et seront classifiés selon les catégories conceptuelles. La présentation des résultats aura lieu en fonction de différents groupes d'acteurs : politiques, administratifs, scientifiques, associatifs.

5.2 Résultats

5.2.1. *Les hommes politiques*

5.2.1.1. Identités et idéologies

Les hommes politiques, ayant participé à notre recherche, ont été interrogés spontanément sur les problèmes les plus importants de santé publique en Grèce. Le fait que le sida ne figurait pas parmi les maladies rapportées, sous-entend qu'il ne figure pas dans l'agenda politique. Cependant, interrogés sur la dangerosité du sida, tous ont répondu par l'affirmative, adoptant un discours riche en expressions émotionnellement chargées (telles que « fléau », « la Faucheuse », « menace pour l'humanité », « menace pour la société », « horrible maladie » etc.)

En matière d'*idéologie politique*, des différenciations importantes, concernant leur « famille » d'appartenance politique, n'ont pas été observées. Un membre d'un parti progressiste peut exprimer des opinions conservatrices et inversement. La même tendance a également été observée au cours de notre recherche précédente, portant sur l'égalité des genres.⁴⁷ La différenciation apparaît à propos de la représentation de la

⁴⁷ Une recherche européenne, réalisée en 2003-2004 en France / Belgique / Grèce sur les résistances masculines au changement (Welzer-Lang et al., 2004), met en évidence que l'identité idéologique de l'homme politique ne définit pas ses attitudes en matière d'éthique sociale et de morale. Par exemple, un homme politique de gauche peut avoir une image négative de l'homosexualité, alors qu', au contraire, un homme politique de droite peut en avoir une image positive ou une vue plus tolérante ; car, pour certains, la (*homo*)sexualité ne s'inscrit pas dans l'agenda politique des droits de l'homme (Vance, 1994), mais elle est vue comme un comportement pouvant être jugé à la fois « moral » et « immoral », « normal » et « pervers ». Dans le cadre des conceptions dominantes, en particulier aux États-Unis, la discussion au sujet des droits des minorités ne semble pas inclure les droits des minorités

responsabilité. À propos de la contamination par le VIH, les partis conservateurs⁴⁸ mettent l'accent sur la dimension personnelle de la responsabilité (« *Que peut faire l'État si l'on a des tendances autodestructrices ?* » POL01, « *...les homosexuels sont en partie responsables de ce silence...* » POL05), tandis que les partis progressistes⁴⁹ mettent l'accent sur la responsabilité de l'État dans la propagation du virus (« *La santé publique et l'éducation constituent la première priorité pour le PASOK depuis sa fondation...* » POL09, « *Un système public a le devoir d'assurer le droit à la vie pour tous les citoyens...* » POL02). Les approches ci-dessus ont une dimension idéologique. Le libéralisme professe davantage l'individualisme et moins l'intervention de l'État, tandis que, au contraire, dans le système socialiste, l'État joue un rôle prépondérant dans l'organisation sociale. On observe, également, le même raisonnement au sein des partis de gauche (« *L'État doit prendre toutes les mesures nécessaires afin de protéger les citoyens contre la maladie, et, en cas d'occurrence de maladie, des soins adéquats doivent leur être prodigués.* » POL06), tandis que, dans le cas du système communiste, on observe une approche strictement interventionniste de l'État dans l'organisation et le fonctionnement de la société, en général, et des services de santé, en particulier (« *La santé constitue un acquis social et un droit individuel fondamental, lesquels droits affermissent l'obligation de l'État d'offrir ces soins gratuitement, à travers un système de santé publique accessible à tous, de manière équitable, universelle à tous les niveaux, du premier, du second et du troisième degré, en couvrant ainsi tous les besoins modernes. L'État finance entièrement et exclusivement le système de santé, supprime les contributions ouvrières pour la santé et interdit l'activité entrepreneuriale dans le domaine de la santé.* » POL03).

En ce qui concerne le *sexe* des personnes interviewées, les femmes présentent une particularité, celle de donner des réponses plus directes, parfois émotionnellement chargées, citant des exemples tirés de leur expérience personnelle, professionnelle et politique, s'appliquant à l'utiliser un vocabulaire non stigmatisant (« *je vous parle... en académicien et en tant qu'une personne d'une sensibilité particulière en matière*

sexuelles. Les gays et les lesbiennes ne sont pas aptes légalement, conformément à de telles conceptions, de revendiquer des droits minoritaires, puisqu'il n'est pas inévitable de faire valoir leurs préférences sexuelles. C'est-à-dire qu'ils constituent un groupe minoritaire visible [réel] (Vance, 1994).

⁴⁸ Cette catégorie comprend des partis de centre-droit et de droite.

⁴⁹ Cette catégorie comprend des partis de centre-gauche et de gauche.

de questions sociales... », « ...même si ça nous tient à cœur... » POL04, « lors de l'apparition du tout premier cas de contamination à New York, et de l'hospitalisation de la personne infectée à Memorial Hospital, moi j'y exerçais en tant que médecin », « ... j'en garde très précisément l'image, comme s'il était devant moi... » POL05, « le séropositif » POL10). D'autre part, la plupart des hommes politiques prennent des « distances » par rapport au sujet (implication non sentimentale), se limitent à la description des répercussions sociales de la maladie, lui prêtent un caractère intensément politique, tandis qu'ils utilisent, souvent, dans leur raisonnement, un vocabulaire stigmatisant (« ... d'une part, se trouvant dans des situations de crise du système capitaliste et d'imposition des restructurations du monopole étatique, l'État procède à des réductions des dépenses sociales, et, d'autre part, le capital ne s'intéresse nullement à investir dans ce secteur [celui de la santé], n'attendant pas à rapporter des profits directs intéressants», « l'appartenance sociale joue son rôle dans la propagation du sida » POL03, « les porteurs de sida » POL07). En outre, les hommes politiques adoptent souvent un vocabulaire stigmatisant à l'égard des groupes sociaux spécifiques, alors qu'ils procèdent à des généralisations fondées sur des conceptions stéréotypées (« ... lorsqu'on a pourtant vécu dans une situation pathologique, il n'est pas facile de se contrôler soi-même. » [pour les homosexuels], « Il s'agit des personnes qui arrivent à transgresser la loi, à l'illégalité, n'est-ce pas ? /.../ lorsqu'ils utilisent leur corps comme un objet de jouissance ou d'exploitation, là, donc, il est question de situations pathologiques. » [pour des personnes se livrant à la prostitution] POL01).

En analysant le discours des sujets soumis à la recherche sur la base de *la tranche d'âge*, même si la différence d'âge des personnes interviewées n'est pas tellement marquée, on dirait que les hommes politiques les plus âgés ont une tendance à moraliser et à concevoir la réalité sociale d'un point de vue éthique et comportemental, en ramenant la responsabilité au niveau individuel. Au contraire, ceux moins âgés affrontent le sujet, du point de vue éthique, d'une manière plus neutre, mettant l'accent sur la responsabilité collective face à la maladie.

Des différences ont été également dépistées dans le discours des hommes politiques selon leur *attribut professionnel*. Les hommes politiques, provenant du monde médical, ont une approche biomédicale du sida. Ils utilisent des termes biologiques pour décrire une réalité sociale (« pathologie », « pathogénie »,

« symptômes » [au lieu de « répercussions »], « décomposition » etc.). L'adjectif « social », épithète des termes ci-dessus, met en évidence l'approche du sida comme constituant socioculturel et non pas comme entité biologique. La société est présentée comme un « corps » qui, en des termes biologiques, « tombe malade », « souffre », « endure », « guérit » ou « périt ». Cette approche médicale, centrée sur l'adjectif « social », fait apparaître les médecins comme des acteurs qui ne s'occupent pas uniquement du corps humain, mais, aussi, du corps social. Par conséquent, la communauté médicale constituerait une institution sociale fondamentale et se révélerait garante et responsable de la continuité du tissu social. Une société saine a besoin de la « caste » des médecins afin de maintenir sa santé, tandis que, pour sa guérison, une société pathogène exige davantage l'intervention médicale – à l'instar d'une intervention divine. Il s'agit de ce que Turner (1984) appelle la « société corporelle ». Maintes théories ont été élaborées sur la conception du corps comme une expérience collective et commune^{50,51}.

D'autre part, les hommes politiques formés en sciences juridiques et sociales considèrent le sida comme une affaire de devoirs et de droits (*« ces personnes [les séropositifs] ont le droit d'avoir une vie sexuelle, cependant, ils ont aussi le devoir de ne pas mettre en danger la vie d'autrui. » POL07*). La sexualité (la vie sexuelle) se trouve en confrontation avec la vie elle-même ; et, tandis qu'elle constitue un droit – reconnu à la suite des luttes sociales, en particulier celles des dites minorités sexuelles –, elle est transposée automatiquement sous la forme d'un comportement sociale contrôlable, en tant que devoir de protection d'autrui. Pour survivre à la menace, donc, la société a besoin, non seulement de directives médicales, mais également de lois. Le législateur et le médecin œuvrent en synergie pour le maintien de l'équilibre et de l'ordre sociaux. Il existe, donc, une interaction entre la loi et la médecine. Par conséquent, on pourrait prétendre que ce qui est « légal » est, aussi, « sain » et,

⁵⁰ Turner (1984) a focalisé sur la macrostructure et la manière dont la société établit des institutions pour la gestion du corps, concernant quatre points majeurs : a) la reproduction et le contrôle social du corps, b) l'obéissance et la suppression des passions, c) le réglage et la surveillance médicale et, enfin, d) la représentation et l'apparence physique.

⁵¹ Malgré la diversité des approches et de la catégorisation du corps, il y a trois points en commun : a) la controverse de l'approche naturaliste et biologique du corps et son placement dans un cadre socioculturel, b) l'augmentation progressive du contrôle politique exercé par des réglementations institutionnelles, et c) la perception du corps, non seulement comme l'objet de l'application de la décision politique, mais comme constituant lui-même l'un des régulateurs de la vie sociale (Freund & McGuire, 1998).

inversement, ce qui est « sain » est, aussi, « légal » (« *Les lois sur la santé publique ne peuvent ne pas s'appuyer sur le bien commun...* » POL09).

Indépendamment de la base scientifique et de l'idéologie politique, les personnes interviewées focalisent sur la responsabilité personnelle en ce qui concerne la contamination et la propagation du VIH (« *je considère qu'il s'agit d'une responsabilité absolument personnelle....* » POL05, « *... chacun a une responsabilité personnelle double à exercer, à savoir celle de se protéger soi-même et, plus important encore, de protéger la société.* » POL02), tandis que toute référence au « collectif » concerne la responsabilité et le devoir d'un groupe social et d'une minorité spécifique à l'égard d'une société et d'une majorité indéfinie.

« Les groupes des homosexuels et des usagers de drogues sont... selon les données... des groupes à haut risque, c'est bien connu. Ils doivent, donc, s'abstenir des actes qui pourraient mettre autrui en danger. /.../ comme le don du sang... » POL01.

En outre, alors que les hommes politiques et les médecins parlent de « malades », les hommes politiques, grâce à leurs connaissances scientifiques basées sur les sciences juridiques et politiques, se réfèrent, eux, aux « citoyens ». L'individu considéré comme malade (réel ou potentiel) ou comme citoyen, doit se conformer aux directives médicales et obéir aux lois, rédigées et établies pour la protection de tous. Les malades ne sont ni privés de droits ni dispensés de devoirs qui découlent du statut de citoyen, mais, en cas de « conflit » d'intérêts entre malades minoritaires et personnes majoritaires saines, les droits des personnes saines sont prépondérants par rapport à ceux des malades (en tant que privilèges sociaux), limités ou, même, supprimés (« *... dans certains cas, on doit se préoccuper de l'intérêt de la majorité...* » POL04).

Le sida est présenté comme une menace de désorganisation du tissu social (méfiance dans les relations intergroupes et interpersonnelles), un risque de crise économique (octroi gratuit de médicaments aux séropositifs) et comme une cause de déstabilisation politique (coût politique de la prise de décisions contraires aux valeurs « communes »).

« Les relations humaines, ont changé depuis l'apparition du sida. Le sida est une menace évidente, les gens sont méfiants. » POL06

« ...il est devenu aussi un objet d'exploitation, car les porteurs du virus ou les malades atteints du sida provenant d'autres pays, profiteurs de cette politique, ont provoqué des dépenses de

santé exorbitantes... qui ont abouti à l'augmentation des budgets alloués à ce but /.../ la Grèce n'a pas vocation à devenir un grand hôpital pour tout le monde. Elle n'a pas les moyens financiers. Aucun pays ne peut se permettre une telle chose. » POL08

« ... il existe une peur de répercussions politiques par une prise de position politique, le peuple grec n'ayant pas encore atteint un tel niveau – c'est le cas de le dire – de tolérance à l'égard des comportements différents. » POL04

Les hommes politiques ayant participé à notre recherche se présentent comme des « hiérarchistes », selon la typologie proposée par Douglas et Calvez (1990) concernant les conceptions du corps et les attitudes face aux personnes / groupes « miasmes ». Ils abordent le corps d'un double point de vue, à la fois physique et social. En adaptant les théories de miasmes à leurs discours, les hommes politiques de notre échantillon pensent qu'il faut créer une zone de protection de la communauté par les miasmatiques (réels ou potentiels), à savoir les personnes / groupes précaires, dévalorisées et socialement exclues.

« Dans ce cas [des immigrés], il faut qu'un contrôle leur soit imposé. D'abord, pour dépister les porteurs du virus [du sida] dès leur arrivée aux postes frontières et, ensuite, pour leur imposer un traitement. J'entends par là, que, dès l'instant où l'immigré entre en Grèce, la police aux frontières doit l'arrêter et le conduire immédiatement dans un centre d'accueil d'immigrés illégaux, où il sera soumis à un contrôle médical, et, bien-entendu, à des examens de dépistage de maladies infectieuses. Car, bien entendu, il est de notre devoir de protéger la population qui vient chez nous, pour s'y installer et pour y travailler. » POL02

« C'est peut-être l'effet [la non-propagation de la maladie à toute la population] de leur confinement [des homosexuels] dans des espaces ghettoïsés, dans leurs bars à eux, dans leurs saunas, des endroits de ce genre, ces ghettos pouvant jouer un rôle dans la propagation de la maladie au sein de leur communauté, mais, en même temps, dans la préservation de la population générale. » POL01

Au niveau de la représentation, l'usage du mot « pénétration » présente également un intérêt pour la description du mode de transmission du virus VIH, tant au niveau du corps physique que social. Tel un organe sexuel masculin (relation sexuelle) ou une seringue (usage de substances intraveineuses, transfusion sanguine), le virus transperce le corps humain et l'infecte, de la même façon que les populations migrantes transpercent et infectent le corps collectif, à savoir la société (« à notre époque, avec tout ce mélange des populations, à cause de la pénétration de tant d'immigrés dans la société grecque, des maladies contagieuses, qu'on croyait oubliées, sont de retour... mais, encore, dans le cas du sida, le nombre de Grecs

contaminés a augmenté, en particulier, avec l'apparition de nouveaux types de virus plus résistants, qui n'existaient pas chez nous... » POL01). Le sexe, l'usage de drogues et le flux migratoire constituent autant d'« actes » de contagion, qui menacent l'existence du corps social.

Une autre notion, très présente dans les entretiens, ayant servi à expliquer la propagation du sida, est celle de « mélange », comme on l'a vu dans l'extrait ci-dessus. Ce mélange est perçu comme un facteur de désordre, donc, comme une pathologie socioculturelle. Le mélange transcende les limites du corps physique, cette métaphore ayant été utilisée pour décrire et expliquer le social. Quand on parle de mélange dans le contexte du sida, on ne se réfère pas seulement au mélange des fluides corporels, mais, également, au mélange racial, au mélange de religions, de mœurs, de valeurs, de cultures, d'identités, à cause de la « peste » sociale de l'immigration. Comme Geneviève Paicheler le souligne, « le mélange n'est jamais conçu comme plus menaçant que lorsque deux muqueuses sont mises en contact, puisque la perméabilité du corps est alors extrême. C'est le contact entre deux zones de fragilité qui engendre le danger. » (1998, p. 101).

5.2.1.2. La rhétorique politique

En général, les interviewés ont répondu sans difficulté à toutes les questions posées. Les questions provoquant un malaise aux hommes politiques interviewés étaient celles concernant des groupes spécifiques (surtout les homosexuels), ceux-ci étant le moins familiarisés avec le sujet par rapport au reste de la population de notre recherche. Dans un cas, un homme politique a refusé de répondre aux questions relatives aux groupes vulnérables en objectant : « *Je ne voudrais pas me référer à tout ça... aux prostituées, aux homosexuels... en tant que représentant de mon parti.* » POL03.

Les hommes politiques ayant participé à la recherche, en tant que représentants de leurs partis, tentent de justifier les choix et les politiques de leurs partis respectifs en matière de prévention de l'épidémie du sida en Grèce. Sur plusieurs points, leur raisonnement ressemble davantage à une déclaration politique de principes, en dépit de leur position personnelle par rapport au problème. Cependant, on dirait qu'il existe une interdépendance entre le « nous » politique et le « moi » politique (« *nous, en tant*

que parti... », « *nous, en tant que gouvernement... » POL02*, « *lorsque j'ai pris mes fonctions au Ministère... » POL01*, « *c'était une décision difficile, prise lors de notre mandat ministériel... » POL04*). En soutenant la politique de son parti, l'homme politique soutient ses choix personnels et inversement. Le parti et l'individu, donc, deviennent une seule entité en matière de raisonnement (« *... d'ailleurs, en parlant du parti, je suis moi-même une partie du parti... » POL01*).

Les personnes interviewées ont un statut double, politique et professionnel à la fois. Ainsi, dans leur langage, on observe le passage continu d'un statut à l'autre. Lorsque la personne interviewée parle en sa qualité professionnelle (*ex.* en tant que médecin), il se démarque non seulement de la ligne politique officielle du parti, mais, également, de son propre opinion politique.

« Bien entendu, en ce moment, je vous parle en académicien et en tant qu'une personne d'une sensibilité particulière en matière de questions sociales... Cependant, lorsqu'on est appelé à gérer les affaires du Ministère de la Santé, même si ça nous tient à cœur d'exprimer certaines opinions et d'agir vers certaines directions, il faut prendre en considération les limites du budget qui nous est accordé par l'État ; souvent, donc, notre action va à l'encontre de nos opinions personnelles, car il nous faut balancer le pour et le contre et trouver un juste équilibre. » POL04.

Les hommes politiques, qui sont issus des partis de pouvoir, tentent d'argumenter en faveur – ou non – de la politique appliquée pendant leur mandat. Par ailleurs, en tant que problème majeur social et, par conséquent, politique, le sida est utilisé comme un motif d'exercice de critique par les hommes politiques des partis de l'opposition.

« ... il n'existe pas de méritocratie [dans l'encadrement des services publics de santé]. Malheureusement, c'est la conséquence de la partitocratie et du bipartisme en Grèce. » POL06.

Lorsque les hommes politiques parlent du sida, ils font allusion à des fonctionnements sociaux généraux, tels que les relations endogroupe / exogroupe), normal / irrégulier, moral / immoral, privé / public, dangereux / contrôlé, légal / illégal, ce qui a pour conséquence l'activation du mécanisme de l'ancrage.

Les personnes interviewées considèrent la menace collective à travers le prisme de leur rapport aux phénomènes sociaux, tels que la maladie, la criminalité, le chômage, tous menaçant la survie de l'endogroupe. Ainsi, en raison de son caractère mortel, le sida, tout comme les autres maladies infectieuses (tuberculose, hépatite

etc.), est présenté comme une menace pour l'existence de l'endogroupe. L'endogroupe est menacé par « l'autre », « le différent ». Qu'il s'agisse de l'origine ethnique (immigrés) ou de l'orientation sexuelle (homosexuels), la différence concerne l'altérité.

Puisque la prévention est le seul remède à l'affection virale du sida, l'émergence de nouveaux cas de contamination est considérée à la fois injuste et injustifiable.

« Il est injuste et dommageable que des jeunes soient victimes de ce fléau pour ne pas avoir pris des précautions nécessaires. » POL01

En cas de contamination, la responsabilité est imputée à l'individu qui est, pourtant, considéré comme le représentant d'un groupe social entier. Par conséquent, l'irresponsabilité personnelle est considérée comme une irresponsabilité du groupe. On observe, donc, une tendance à l'attribution de responsabilité à des groupes, et non pas à des comportements. Il est, donc, question de « responsabilité collective » (*cf.* partie théorique), conformément à laquelle le groupe est considéré comme une entité unique (Guillarme, 2008).

« Le virus ne se propage pas par voie aérogène. Il se propage par un comportement à risque, donc, moi, je considère que le groupe à risque ne l'ignore nullement, mais qu'il fait preuve d'indifférence, car aujourd'hui tout le monde est plus ou moins informé sur la question. » POL05

Les hommes politiques tendent à mêler dans leur discours des groupes spécifiques, ce qui montre que la « marge » est perçue comme quelque chose de compact, d'unique, d'uniforme et d'indivisible. Lorsqu'ils parlent d'homosexuels, ils font référence, par exemple, aux usagers de drogues, aux immigrés ou aux personnes se livrant à la prostitution. À la question de savoir s'il existe ou non des groupes à risque potentiels, les hommes politiques ont fait principalement référence aux homosexuels, aux usagers de drogues et aux personnes se livrant à la prostitution. On dirait, donc, que la représentation des groupes à haut risque et leur identification avec des groupes sociaux spécifiques, persistent toujours.

Dans le discours des hommes politiques, lorsqu'on se réfère à des groupes des populations spécifiques, on observe une certaine ignorance. Leurs connaissances se limitent à la population générale. D'une manière caractéristique, lorsqu'ils parlent de

politique ou de politiques, ils font référence à des actions et à des activités qui concernent exclusivement la population générale.

Il faudra également souligner que les hommes politiques ont déclaré n'avoir aucun lien avec des ONG qui luttent contre le sida ou des associations luttant en faveur des groupes vulnérables (« *Je me demandais s'il existe – je ne sais pas s'il en existe –, disons, une organisation des personnes porteurs du virus par exemple, s'ils se sont fédérés en une association.* » POL06). Ce fait est évocateur d'une vision intensément étatisée de la politique de santé, présentant des probabilités très minimes d'action de participation du citoyen à la prise de décisions et à l'élaboration d'une stratégie.

5.2.1.3. La responsabilité comme critère d'intérêt ou d'indifférence politique

La manière dont on perçoit la responsabilité du groupe, en matière de maladie, détermine le besoin ou non d'intervention. Nous avons tenté, donc, de créer une typologie en ce qui concerne la manière dont on perçoit le groupe par rapport à l'identité, la dangerosité et la responsabilité (Tableau 5.1).

Concrètement, l'homosexualité et la prostitution sont considérées comme des situations de « perversion », puisqu'elles sont toutes les deux liées à la sexualité et à la détermination du « normal » / « pathologique ». Les usagers de drogues et les hémophiles sont considérés comme des « malades », vu que ces deux catégories constituent des cas médicalisés.

Homosexuels : « Mais, lorsqu'un a pourtant vécu dans une situation pathologique, il n'est pas facile de se contrôler soi-même. Peut-être que c'est de leur faute, parce que, quoiqu'ils encourent un risque beaucoup plus élevé que toute autre personne, on continue à enregistrer des taux élevés. Quelle en est la raison ? Bien évidemment, le manque de contrôle sur leurs propres passions, le fait qu'ils se laissent en proie à leurs passions, avec les résultats qu'on connaît. » POL01

Personnes se livrant à la prostitution : « Et cette situation est un cas tragique, pathologique. Lorsque ces personnes se livrent à la prostitution, lorsqu'elles considèrent leur corps comme un objet de jouissance ou d'exploitation, là on peut parler de situations pathologiques. » POL01

Les usagers de drogues : « Il est connu que les toxicomanes... ces personnes sont malades. Le toxicomanie est une maladie. » POL06

Hémophiles : « Les victimes de cette affaire... Leur maladie (hémophilie) est la cause de leur infection (par le VIH). » POL05

Dans ces groupes, le degré élevé de contamination par le VIH (plus élevé au sein des homosexuels qu'au sein des usagers de drogues, en Grèce) a remis en cause les limites entre le « privé » et « le public », du moment qu'un choix personnel, dans le cadre des libertés individuelles et du respect de la vie privée, caractérisant les sociétés démocratiques modernes du monde occidental, a eu un résultat négatif au niveau collectif et, par conséquent, a provoqué un besoin de redétermination de la tolérance.

« Il faudrait redéterminer les limites de la liberté individuelle. Les choix pathologiques de n'importe qui au nom de n'importe quelle liberté ne doivent pas nuire à l'ensemble. » POL01

Par exemple, la fin de la décennie 1960 et les débuts des années 1970, période caractérisée par la fameuse « révolution sexuelle » à l'instar des émancipations sociales multiples, ont été marqués par un progrès important en ce qui concerne le traitement de la diversité sexuelle, dans les pays industrialisés. Le caractère multidimensionnel et complexe du désir et du comportement sexuel humain commence à être reconnu. Comme l'illustrent d'une manière caractéristique Agrafiotis et coll. (1997, page 28), « la sexualité a été liée, pour la première fois, à une série de sujets et de questions et a été considérée comme un espace d'aventure et d'exploration personnelle des limites et des possibilités. En d'autres termes, la sexualité était considérée comme un espace où les règles établies auraient connu un bouleversement radical ». Au cours de la décennie 1980, en matière de pratiques sexuelles, un vent de changement soufflait sur les sociétés occidentales, une espèce de tolérance des modes différents de satisfaction du désir sexuel, qui a marqué la législation de plusieurs pays occidentaux.⁵²

Or, l'apparition du sida sur l'échiquier social, a remis les choses en place. Le sida a écarté « l'esprit dionysiaque » (augmentation d'expérimentations et d'exploration des limites et des possibilités, en ce qui concerne le désir érotique) de

⁵² Par exemple en France, une série d'interdictions et de contrôles, concernant les homosexuels, ont été abrogés et l'homosexualité est devenue plus visible socialement, cessant « de provoquer des manifestations archaïques d'hostilité » (Agrafiotis et coll. 1997, page 28).

l'espace sexuel, plaçant de nouveau la sexualité dans le cadre de la monogamie et de la fidélité dans les relations conjugales hétérosexuelles (Agrafiotis et coll. 1997, page 29). L'association de l'homosexualité à la vulnérabilité et à la dangerosité extrêmes de l'épidémie mortelle, mettant en danger l'existence humaine et, par extension, toute la société, a reformulé la question concernant la multiplicité du désir érotique et, par conséquent, celle des limites du « normal » / « pathologique », « dangereux » / « contrôlé », « acceptable » / « inacceptable » (« *Dès l'instant où l'homosexualité met en danger la société elle-même, la société ne peut la tolérer, qui plus est, elle ne peut ni l'accepter comme un mode de vie sain ni la promouvoir comme tel.* » POL01).

L'acte sexuel en tant qu'activité visant au plaisir est identifié au luxe. L'activité sexuelle n'est perçue ni comme un besoin vital ni comme un besoin psychologique. Il s'agit d'une fonction de l'organisme humain visant à la reproduction de l'espèce. Au cas où elle ne vise pas à l'accomplissement de cette mission, elle est rabaissée et méprisée (« *L'acte sexuel n'est pas synonyme de jouissance, il remplit une mission procréatrice... la perpétuation de l'espèce et ce n'est pas quelque chose de vil.* » POL01).

Le sida est considéré comme une maladie venue d'ailleurs, un mal qui ne concerne qu'autrui. Il est la conséquence d'une société mondialisée, de la migration, mais, également, du brassage des populations et des pratiques culturelles. Dans l'esprit des personnes interviewées, les immigrés se divisent en deux catégories : a) les sujets *sexuels* et b) les sujets *asexuels*.

La première catégorie englobe les personnes, principalement, les femmes⁵³, venues en Grèce dans le but d'offrir, légalement ou illégalement, des prestations de services sexuels contre une rémunération. La seconde catégorie comprend les personnes (principalement les hommes) qui immigreront pour des raisons économiques et intégreront la main-d'œuvre du pays d'accueil. En analysant les entretiens, en ce qui concerne la propagation du VIH en Grèce, on observe une tendance à la « culpabilisation » des personnes du premier groupe et de « déculpabilisation » du second groupe.

⁵³ On utilise des pronoms féminins pour se référer aux personnes de la première catégorie, tandis que pour la seconde, on utilise des pronoms masculins.

Les immigrées-sujets sexuels font l'objet de maints fantasmes érotiques pouvant désorienter l'individu et, donc, désorganiser la société, en mettant en danger l'institution de la famille.

« Les femmes de l'ex-Union Soviétique (Europe de l'Est) viennent en Grèce en nombre, dans le but de se prostituer. Bien entendu, certaines rendent fous des hommes âgés et ceux-ci, en proie à la passion, abandonnent leurs familles. Ces femmes, très jeunes et très belles, deviennent leurs nouvelles épouses... elles profitent de la passion de l'homme âgé, spoliant sa fortune de son vivant, et encore, après sa mort, elles héritent de ses biens. Bien entendu, il y en a également ceux qui ne gâchent pas leur mariage pour une aventure, mais là, on est confrontés au problème des maladies... La plupart de ces femmes ne subissant aucun contrôle (médical), elles peuvent contaminer un chef de famille, entre guillemets, qui acheminera la maladie vers son foyer. » POL01

La seconde catégorie d'immigrés (sujets asexuels) n'est pas soumise à la stigmatisation sociosexuelle, puisqu'elle est exemptée de passions érotiques et de désirs sexuels. Les préoccupations de base des personnes qui appartiennent à cette catégorie sont (ou doivent être) la garantie des besoins de base de survie et non pas la satisfaction des désirs.

« Nous n'avons pas [en tant que société] de problème [avec le groupe des immigrés], nous n'en avons pas. Parce que ces gens tentent de survivre, ils travaillent du matin au soir, ils n'ont pas de vie sexuelle. » POL06

« Les immigrés ont un problème de survie. C'est ça leur problème, il faut qu'ils s'occupent de leur travail pour survivre. Le reste est d'une importance secondaire. » POL01.

L'homosexualité n'est pas considérée comme une situation de vulnérabilité et de précarité. La vulnérabilité qui lui est attachée concerne d'autres aspects de l'identité de la personne (la position sociale, la situation économique, l'éducation, le réseau social etc.) qui, eux, sont liés aux inégalités sociales et à l'accès aux services de santé.

« L'homosexuel aisé, l'homosexuel vivant dans le luxe, a l'accès facile au système de soins. Que l'on soit homosexuel ou non, l'accès sera facile. Donc, à ce niveau-là, il n'existe pas de discrimination contre les homosexuels. Par contre, la discrimination concerne celui qui vit dans la précarité, l'immigré, le misérable, dont le système de soins n'en a jamais été concerné, et auquel il ne peut non plus avoir accès. » POL07.

L'usage de drogues est courant dans la sphère de la médecine, l'usage de substances intraveineuses constitue aussi une pratique médicale. Les usagers de drogues sont considérés comme des malades (au sens biologique et non pas au sens

moral du terme, comme au cas des homosexuels), nécessitant, par conséquent, une intervention et un contrôle médical; le contrôle médical implique le contrôle social, puisque les personnes « à risque » sont éloignées de la population générale et sont placées dans des institutions de contrôle médical (« *Il est question de maladie... » POL10, « Dès l'instant où ces personnes s'intègrent dans une institution médicale, elles ne constituent plus un risque, ni pour elles-mêmes ni pour les autres, puisqu'elles se trouvent sous surveillance et reçoivent des soins, tant médicaux que psychiatriques, dont elles ont besoin. » POL02).*

Autant pour les homosexuels que pour les personnes se livrant à la prostitution et les usagers de drogues, la situation dans laquelle ils se trouvent (reconnue comme étant une situation de précarité) est un choix exclusivement personnel. Au contraire, les immigrés du deuxième groupe et les hémophiles se trouvent dans une situation conditionnée par des facteurs extra-personnels. Par conséquent, on observe que l'attribution de responsabilité est déterminée par la question du mode de vie des personnes concernées, à savoir si leur situation est le résultat d'un choix personnel ou, bien, celui des facteurs « métaphysiques », comme le hasard, le destin ou même un plan divin. Selon les observations du schéma ci-dessous, les homosexuels et les personnes se livrant à la prostitution présentent la même typologie. On l'a également observé dans le discours des hommes politiques, par le biais de l'exercice d'une critique sévère sur leur mode de vie et l'expression des jugements moraux.

Cependant, pour les personnes se livrant à la prostitution, un mécanisme de protection a été développé grâce à la prestation de services consultatifs concernant le dépistage du VIH et des MST, bien qu'il opère dans le cadre du contrôle obligatoire au laboratoire. Car la préoccupation de l'État est de protéger le citoyen « moyen »⁵⁴ et, donc, le patient, en tant que membre de la population générale. Ainsi, ayant pour objectif la protection de la santé publique, l'État intègre également les personnes se livrant à la prostitution⁵⁵ dans la politique de prévention contre le virus du sida.

⁵⁴ Classification statistique, avec la notion de « valeur moyenne » (cf. La courbure de Gauss).

⁵⁵ Sur ce point, il convient de distinguer entre les personnes prostituées légales et clandestines, les premières étant soumises au contrôle médical régulier, les secondes échappant à tout contrôle. Les personnes contaminées non déclarées appartiennent probablement à un autre groupe vulnérable, ceux des usagers de stupéfiants ou des immigrés. Ainsi, elles se trouvent sur la grille de contrôle et d'intervention qui a été élaborée par l'État.

«Nous, du temps de notre jeunesse, nous ne pratiquions pas l'usage du préservatif et tout ça. Sauf au cas où l'on fréquentait une maison close ou une prostituée, parce que là, l'usage en était imposé de la part de la prostituée. Et ceci, parce que l'État les soumettait (les prostituées) au contrôle obligatoire pour prévenir la propagation des maladies vénériennes. » POL06.

Ainsi, l'intérêt se focalise sur l'homosexuel, seulement lorsque celui-ci fait parallèlement partie d'un certain groupe « à risque » pour la population générale, comme celui des personnes se livrant à la prostitution, des usagers de drogues ou / et des immigrés (*« Moi je ne m'intéresse pas à la petite minorité des homosexuels dangereux du show-business. Je m'intéresse à l' homosexuel Albanais qui fait le trottoir à Omonia et se shoote à la seringue. » POL07*).

Enfin, l'hémophilie est vue comme un « coup du destin », comme un « drame » vécu par les personnes souffrant de ce syndrome, méritant le respect et l'expression de solidarité sociale. Toute société civilisée a le devoir de protéger et de soutenir les faibles. Ce groupe bénéficie de sentiments de compassion et de culpabilité de la part de la communauté scientifique, qui ne peut « prédire », « prévoir », « prévenir » le mal.

« Il existe également le cas des hémophiles qui, bien entendu, ne sont en rien responsables de leur situation. Ceux-ci sont, d'une part, les victimes de l'inconscience des personnes qui donnent du sang, connaissant que leur mode de vie est dangereux et, par conséquent, qu' ils peuvent en tomber malades et, d'autre part, les victimes de la médecine qui ne peut malheureusement encore protéger efficacement l'homme. Ces personnes, dans leur tentative à échapper à une maladie, en sont rattrapées par une autre. » POL01.

Dans l'extrait ci-dessus, on observe une distinction évidente entre malades « innocents » et malades « coupables ». Selon les remarques formulées par Ivana Marková et Patricia Wilkie (1987), la distinction entre patients innocents et patients coupables est un des éléments communs entre le sida et la syphilis. Ainsi, dans le cas de la syphilis, d'une part, on retrouvait les prostituées « coupables » et, d'autre part, les femmes « innocentes » infectées par leurs maris et les enfants « innocents » infectés par leurs pères. Selon Osler (1917), les deux tiers de victimes de la syphilis étaient des innocents. Aujourd'hui, dans le cas du virus du sida, cette distinction persiste. D'une part, on retrouve les homosexuels « coupables » – figures archétypes dans le cas des maladies sexuellement transmissibles – et, d'autre part, les hémophiles « innocents », victimes de l'irresponsabilité des premiers.

GROUPE	PERCEPTION DE LA DIFFERENTIATION	CHOIX vs DESTIN	RESPONSABILITE vs NON RESPONSABILITE	TYPE D'INTERVENTION
Homosexuels	Différentiation sexuelle - perversion	Choix	Responsabilité	Autoprotection
Usagers de drogues	Différentiation biologique - maladie	Choix	Responsabilité	Protection sociale
Immigrés	Différentiation bioculturelle - race/ethnicité	Destin	Non Responsabilité	Protection sociale
Prostituées	Différentiation sexuelle - perversion	Choix	Responsabilité	Protection sociale
Hémophiles	Différentiation biologique - maladie	Destin	Non Rresponsabilité	Protection sociale

Tableau 5.1 : Attribution de responsabilité selon les caractéristiques du groupe et intervention

5.2.2. Le personnel administratif

5.2.2.1. Le sida-métier : Identités, trajectoires et parcours professionnel

Les personnes interviewées appartenant au groupe des employés administratifs d'organismes œuvrant dans le domaine de la prévention et de la lutte contre le sida, soit directement (*ex. KEELPNO*)⁵⁶ soit indirectement (*ex. OKANA*)⁵⁷, et participant à la présente recherche, sont en grande majorité des femmes (9 sur 10), ce qui ne nous permet pas de procéder à des analyses du point de vue de la variable « sexe ». Elles-mêmes, elles interprètent la surreprésentation féminine dans ces organismes, sur la base des caractéristiques attribuées socialement à leur sexe (« *L'intérêt porté à autrui est une qualité inhérente à la nature féminine. L'option de la plupart des femmes pour*

⁵⁶ Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies (dénommée KEEL : Centre de Contrôle des Infections Spécifiques)

⁵⁷ Organisation de Lutte contre la Drogue

les métiers de la santé et du social n'est pas fortuite. » ADM03). Borchert et Rickabaugh (1995), suivent également la même approche interprétative, selon laquelle la supériorité numérique des femmes dans des structures de prestation de services sociaux (sécurité sociale, santé, éducation etc.) s'appuie sur les rôles stéréotypés des genres (*gender-role stereotyping*), selon lesquels le rôle traditionnel des femmes dans la famille et dans la société patriarcale est lié « aux caractéristiques féminines » de compassion et d'assistance (*caretaking*).

D'autre part, l'homme interviewé rapporte que son engagement dans la lutte contre le sida est dû à son identité sexuelle⁵⁸, se sentant émotionnellement touché. Conformément aux données de recherche (cf. Tarabay, 2000), les associations et les organismes de lutte contre le VIH/sida – qu'il s'agisse d'une initiative privée ou publique – emploient principalement des hommes homosexuels. L'association de l'homosexualité avec le sida mène un grand nombre d'hommes homosexuels à se sentir personnellement concernés par le sida (en raison de leur identité et indépendamment des pratiques sexuelles) (Joffe, 1995).

« (Le KEELPNO) est l'un des rares organismes ayant en son sein, et même à des postes de responsabilité, des employés qui ne taisent pas leur orientation homosexuelle (...) Les homosexuels eux-mêmes étaient intéressés par le sida et désiraient travailler ici. (...) Le KEELPNO les a engagés, parce qu'au départ, en particulier, il fallait encadrer l'organisme et, vu la phobie régnante en matière de sida... On ne faisait pas la queue pour un poste chez nous... » ADM10.

En matière de mode d'approche du thème, on observe des différences entre les sujets, concernant non pas la structure dans laquelle ils œuvrent (c'est-à-dire, s'il s'agit purement d'un organisme de lutte contre le sida ou s'il s'agit d'une structure qui intervient, par exemple, dans le domaine de la toxicomanie, de l'éducation pour la santé etc.), mais concernant leur position au sein de l'organisme (selon qu'ils travaillent sur le terrain ou qu'ils occupent un poste de bureau). Les sujets qui travaillent sur le terrain puisent leurs connaissances dans la recherche (« *Des recherches l'ont montré...* » ADM10), mais, également, dans leur expérience personnelle (« *C'est ce que nous avons constaté, nous et nos collègues des services correspondants des pays étrangers.* » ADM05). Ces sujets soumettent le système à une critique argumentée, leurs arguments pouvant être fondés, par exemple, sur les

⁵⁸ Il a déclaré son orientation homosexuelle spontanément, lors de l'interview.

dispositions législatives (« *Conformément à la loi de 2005 pour les immigrés...* » ADM10.), sur la base de leur propre vécu (« *Je vous dirai, d'après mon expérience personnelle...* » ADM04) ; ils ponctuent leur narration d'exemples tirés de leur expérience professionnelle (« *Ce dont je me souviens, en particulier...* », « *Naturellement, je n'oublierai pas...* » ADM01, « *... un moment fort de ma carrière, lorsque...* » ADM07), ils expriment des réflexions concernant des questions saillantes qui émergent du champ de leur action (« *Nous y avons pensé plusieurs fois...* », « *Ce sujet nous a beaucoup préoccupé...* » ADM05.)

D'autre part, les sujets occupant un poste de bureau citent, en général, des problèmes rencontrés dans le secteur de la santé et leur analyse s'inscrit davantage dans le macro-niveau (organisation de l'État, système sanitaire, politique de santé).

Les personnes interviewées se sont souvent égarées entre leurs identités multiples, au cours de leur raisonnement. D'une part, elles parlent en leur propre nom, en exprimant des opinions personnelles et, d'autre part, elles arborent le « masque » professionnel de cadre, tentant de donner une image positive de l'organisme dans lequel elles œuvrent (« *C'est-à-dire, moi, pour ne pas dire du mal du KEELPNO...* » ADM04). L'organisme est considéré comme un groupe d'appartenance du sujet questionné, qui se sent dans l'obligation morale de prendre position en faveur du groupe, à chaque fois qu'il le croit menacé (par la critique sévère qu'il exercé aussi sur lui-même). Alors que le sujet critique spontanément le système, il se replie progressivement pour finalement adhérer aux politiques suivies. Il s'agirait d'un type de conformité sociale selon les valeurs de solidarité envers le même groupe d'appartenance, afin d'enduire la discordance cognitive.

« Moi, en ce moment, je parle en représentante du KEELPNO. Si l'on s'était rencontrés dans un café et que vous m'aviez demandé de répondre en mon propre nom (elle cite son nom), mes réponses auraient été différentes. Je vous aurais donné mes opinions personnelles. Or, les opinions que j'exprime ici ne sont pas mes propres opinions. Ou bien, mes opinions personnelles coïncident, jusqu'à un à certain degré, avec les politiques exercées par l'organisme et par la structure. » ADM04.

En ce qui concerne leur identité scientifique, on observe une approche différente du thème entre les sujets ayant une formation en sciences sociales (telles que la psychologie, la sociologie, la pédagogie) et ceux ayant une formation en médecine et en sciences infirmières. Les sujets formés en sciences sociales abordent

la sida sous l'angle des dimensions socioculturelles de la santé et de la maladie, alors que les sujets médecins ou infirmiers se réfèrent à son caractère biologique. Lorsque les sujets formés en sciences sociales abordent les questions de la prévention, de la relation entre le médecin et le patient, de la qualité de services des soins et des inégalités sociales, ils parlent en termes de renforcement à travers des groupes, de canaux de communication, de revendication des droits politiques et sociaux par les usagers des services de santé. De leur part, les sujets médecins ou infirmiers, de par leur formation biomédicale, parlent d'interventions à caractère informatif (discours, brochures, affiches etc.), de conformité ou à la non-conformité des patients aux directives médicales et au traitement médical, de problèmes du système sanitaire. La domination du modèle biomédical dans le domaine de la santé et la représentation du médecin en tant qu'autorité, entravent la communication et la coopération des membres d'un organisme ou de différents organismes et rendent difficile l'approche interdisciplinaire des thèmes complexes, tels que les questions de la santé publique.

« Je ne peux vous dire que je coopère bien avec les médecins des hôpitaux. C'est une question de mentalité. En effet, pouvez-vous me dire dans combien d'autres secteurs médicaux les médecins ont-ils appris à collaborer avec des non-médecins ? » ADM05.

« En ce qui concerne le milieu professionnel, il existe des difficultés. Le sida étant largement considéré comme une affaire de la médecine, le service était, dès le début, encadré par une très forte proportion de médecins. Lors de mon embauche, en 1995, un cadre supérieur d'alors avait posé la question "À quoi bon embaucher des sociologues ?". J'entends par là, que le côté social était minimisé à l'époque et que cette mentalité persiste. » ADM07.

5.2.2.2. Groupes à haut risque et facteurs de vulnérabilité

Comme nous l'avons déjà évoqué à plusieurs reprises, dès son émergence, le sida a été lié à des groupes spécifiques de la population. Comme Apostolidis (1998) le fait remarquer, le stigmate du sida a été structuré sur des stigmates déjà existants. Parmi les personnes interviewées, tentant d'interpréter la stigmatisation de certains groupes, certaines attribuent la caractérisation de « groupes à haut risque » à un choix stratégique de la part des acteurs des politiques de santé publique, visant à éviter des réactions de panique au sein de la population générale (« *La plus grosse erreur commise par les Centres de Contrôle des Maladies, lors de leur tentative d'apaiser les inquiétudes de la population générale : la référence à des groupes à haut risque.* »

ADM10). La stigmatisation des groupes stigmatisés est vue comme le résultat de leur caractère minoritaire et de leurs stigmates préexistants, infligés à cause de leur divergence par rapport à la norme. Par conséquent, le risque n'était pas lié à quelque chose de « familier », de « semblable », de « légal », mais à ce qui est « étranger », « différent », « illégal ». De cette manière, d'une part, on a évité une hystérie généralisée, un phénomène courant lors de grandes épidémies du passé, mais, d'autre part, cela a, pourtant, accru la vulnérabilité tant de la population générale que celle des groupes stigmatisés. La population générale ne s'est jamais sentie concernée par le sida (attribution de la maladie à l'exogroupe), alors que ces groupes spécifiques sont devenus plus vulnérables à cause du double stigmatisme (le stigmatisme du sida – le stigmatisme du comportement social) : *« Ainsi les gens se sont identifiés, ont identifié leurs propres personnes à l'homme moyen normal et ils ont pensé que le sida concerne ceux qui sont bizarres, ceux qui sont différents, les personnes déjà stigmatisées et re-stigmatisées, les rendant encore plus vulnérables. » ADM10.* Cette stratégie est qualifiée d'« erronée » (*« Ceci est la plus grosse erreur commise au cours de l'épidémie. » ADM10*) et de « dangereuse » (*« Cette approche a fonctionné, à long terme, au détriment de la population. » ADM07*) par les personnes interviewées.

À la question concernant l'existence de « groupes à haut risque », les réponses des personnes interviewées sont regroupées selon les catégories suivantes:

- Les usagers de substances intraveineuses (4)
- Les immigrés et les populations itinérantes (3)
- Les personnes ayant un comportement sexuel irresponsable (2)
- Les femmes (1)

5.2.2.3. Où sont, donc, passés les homos ?

Il est à noter que, bien que les homosexuels vivant en Grèce constituent le groupe présentant des taux plus élevés en matière de nouvelles contaminations, parmi les questionnés de notre échantillon personne n'a mentionné ce groupe de population. Cette attitude pourrait être interprétée comme un effort de déstigmatisation du groupe concerné à travers un type d'« (auto)censure » (si on peut se permettre le terme), mise en évidence par une approche politiquement correcte qui découle de la position

professionnelle de la personne interviewée (vue comme une obligation, un devoir). Alors que leur position est détachée du stéréotype dominant (au moins jusqu'à présent) de l'homosexuel séropositif (« *Même si les homosexuels ont toujours été considérés comme un groupe à risque, désormais moi je ne les considère plus...* » ADM03, « *Bien entendu [il existe des groupes à haut risque]. Cependant, le terme n'est plus utilisé comme auparavant, où son acception renvoyait uniquement aux homosexuels...* » ADM05), tout au long de l'entretien, ils ont spontanément fait allusion à ce groupe en l'associant à la dangerosité et à la vulnérabilité de contamination par le VIH (« *Comme s'il était inévitable que ce groupe [les homosexuels] avec lequel nous travaillerons [en tant qu'infirmières].* » ADM01).

Nous nous sommes attachés à dresser le profil du sujet « sexuellement irresponsable », mais en délimitant, toutefois, ledit « comportement sexuel à haut risque », tel qu'il se dessine à travers la matière fournie par nos entretiens. Parmi les dix sujets de notre échantillon, deux ont répondu qu'il n'existe pas de groupes à risque, mais des comportements à risque (« *La plupart des personnes sexuellement exposés et sans protection.* » ADM02, « *Ceux qui courent un risque particulier sont ceux qui ont des comportement sexuels à risque et sans précautions.* » ADM04). Mais, en réalité, quelles sont les personnes la plus exposées et sans protection ? Quelles sont, donc, les caractéristiques qu'on peut attribuer à un comportement à haut risque ? Après notre analyse du raisonnement des deux personnes interviewées ci-dessus, nous avons constaté que le sujet vulnérable et le comportement sexuel à risque sont illustrés dans diverses parties de leurs discours (« *Le taux de transmission est peut-être plus élevé chez eux... la propagation serait plus facile par les rapports sexuels entre hommes. Nous connaissons que le rapport homosexuel est plus risqué, souvent à cause des saignements des cavités anales etc.* » ADM02, « *Certains endroits fréquentés par les homosexuels en quête de partenaires sexuels, tels que les parcs ou les saunas, sont des lieux à risque particuliers. Ces endroits font accroître le risque c'est le cas de le dire. Comment faire pour trouver un préservatif dans un parc si on n'en a pas sur soi ? Ou, bien, dans les saunas où l'on pratique des relations sexuelles à plusieurs, le risque n'est pas facilement contrôlable...* » ADM04). On observe, donc, que le « risque » est lié à certaines *pratiques* (la pénétration anale), à la *fréquence* de ces pratiques (changement fréquent de partenaire), mais aussi à l'*espace*

dans lequel ces pratiques ont lieu (saunas, parcs). Le « risque » prend, donc, une dimension spatiale et se trouve lié à l'exogroupe.

Comme l'illustre de façon caractéristique un homosexuel interviewé en matière de lien entre le sida et les groupes spécifiques de population, « *en Grèce, le séropositif n'a jamais été et ne pourrait jamais être le voisin d'à côté. Il est assimilé au pédé qui drague dans les parcs, au drogué, à la personne prostituée... Le sida est longtemps resté en marge et n'est jamais entré officiellement dans la sphère publique. Il sévit dans un monde parallèle, sur une autre planète* » ADM07. D'ailleurs, selon ce même interviewé, la représentation des groupes à haut risque persiste toujours et, en particulier, le lien du sida avec l'homosexualité et la stigmatisation directe du groupe des homosexuels émerge à travers les politiques officielles. Concrètement, le don de sang constitue une pratique interdite aux homosexuels. La législation interdit le don de sang « *... si on avait eu ne fût-ce qu'une seule relation sexuelle à partir de 1979 (...) D'emblée, que voit-on ? On voit une image..., ou plutôt la manière dont le séropositif est perçu. Le séropositif est l'homosexuel, est-ce bien cela ? Et qui plus est, il ne s'agit pas tout simplement d'un homosexuel, mais d'un homosexuel qui multiplie ses relations sexuelles et, surtout, qui les pratique sans préservatif, qui, donc, peut contracter le virus.* » ADM07.

Dans l'extrait ci-dessus, la personne interviewée (sociologue et militant homosexuel) procède à l'interprétation du phénomène (exclusion des homosexuels du don de sang), tentant une approche rationnelle sur la base de la connaissance scientifique dont elle dispose (« *D'emblée, que voit-on ?* » [une question rhétorique à caractère académique], « *On voit... la manière dont le séropositif est perçu.* » [réponse à caractère académique]). Cependant, on observe que la personne interviewée, en tant qu'observateur social, sélectionne des informations liées aux conceptions prédominantes à propos des homosexuels, qui confirment a priori les hypothèses concernant la stigmatisation et l'exclusion sociale de ce groupe (partialité endogroupe), ayant recours à des conclusions spécifiques, évitant la quête d'interprétations dans un spectre plus large de causes, comme l'approche scientifique le présuppose (Leyens & Vaes, 2009).

Au contraire, sur un autre point de l'entretien, concernant la notion abstraite d'« éducation pour la santé », où aucune allusion n'est faite au groupe d'appartenance de l'interviewé, celui-ci arbore un discours strictement scientifique : « *Le message.*

Quel message ? À qui est-il adressé ? Qui l'élabore ? Quel est son contenu ? C'est-à-dire qui informe qui et de quelles manières ? Il y aurait beaucoup à dire sur le sujet. Qu'en disent les enquêtes ? Les enquêtes, les enquêtes évaluatives, c'est-à-dire celles qui ont évalué l'effort consenti montrent que l'éducation de santé n'a aucunement atteint ses objectifs. Que cela vient du fait que l'homme n'accomplit pas son existence de façon rationnelle, mais de façon psycho-rationnelle. C'est-à-dire, conformément aux besoins de son psychisme, de son psychisme particulier. ». On dirait, par conséquent, que notre jugement des événements est influencé par l'optique qu'on « adopte » en tant qu'observateurs et qu'il dépend, donc, indubitablement du rôle qu'on choisit selon les circonstances, parmi toute une gamme de rôles sociaux qui découlent de l'appartenance à un ou plusieurs groupes. Selon les observations d'Augoustinos (1990), l'interprétation d'un phénomène constitue « un traitement sociologique » de l'information, fondé sur la position des groupes dans la société et non pas sur une déduction causale abstraite.

5.2.2.4. Femmes versus Hommes ou, autrement dit, « le genre du risque »

L'association du sida aux hommes homosexuels, outre la stigmatisation du groupe social spécifique, a eu comme résultat « l'exclusion », des stratégies de prévention, de ceux non-homosexuels, mais également de ceux « non-hommes ». Par conséquent, tant les hétérosexuels que les femmes (en tant qu'ensembles homogènes catégorisés) n'ont pas assimilé le sida comme une menace pour leur propre santé et leur propre vie (*« Jusqu'à nos jours, les femmes ne se sentent pas vulnérables comme si leur sexe leur offrait une protection » ADM05*). Dans ce type de raisonnement, on observe l'existence d'une représentation sociale des genres. Le genre masculin est assimilé au « risque » et à la « dangerosité », tandis que le genre féminin, à la « sécurité ».

Pour les personnes interviewées, le « genre » semble constituer un facteur de sensibilisation personnelle ou d'indifférence face à la menace du sida comme il a été observé ci-dessus, et, en même temps, un critère d'intégration ou d'exclusion des actions d'information sur la prévention (*« Je pense aux femmes, très longtemps exclues de l'information, puisque le sida était assimilé aux groupes des homosexuels, des toxicomanes etc. » ADM05*).

De même, dans les relations entre le médecin et son patient, il semble que les conceptions stéréotypées sont responsables de la perception de la dangerosité à propos de la contamination par le VIH, par rapport au genre et à l'orientation sexuelle (« *Les médecins ont tendance à informer plutôt leur clientèle masculine sur le danger encouru, pensant que quelques uns parmi leurs patients peuvent être homosexuels, alors qu'ils ne font pas autant pour leur clientèle féminine, considérant les femmes moins exposées.* » ADM05).

La femme est considérée à priori « moins exposée au danger » et « sécurisée », comme s'il s'agissait d'un sujet asexuel (comme les enfants), ce caractère asexuel (a-sexualisation) offrant à la femme une « cuirasse » face au VIH. Dans le cadre de cette approche analytique, comme on le verra dans les extraits ci-dessous, le risque encouru est envisagé seulement lorsque cette image stéréotypée est déstructurée et que la femme est transformée en « objet érotique » (« *j'ai eu plusieurs rapports sexuels ce dernier temps*», «*... cadrant au profil de la femme facile* » ADM10), comme les femmes à la silhouette svelte dans les spots publicitaires, auxquelles la femme « moyenne » ne peut s'identifier (« *les photos [des brochures]... renvoient à des modèles. La femme moyenne, ce n'est pas ça...* » ADM10).

« On a vu qu'il existe une différence dans la façon dont ils (les médecins) s'adressent aux femmes et dans celle dont ils s'adressent aux hommes. C'est-à-dire que, si une femme ne rentre pas dans le moule du "groupe à haut risque", ils ne lui proposeront pas de faire le test de dépistage du sida. C'est-à-dire si elle ne dit pas expressément "vous savez, docteur, je suis inquiète parce que, dernièrement, j'ai eu plusieurs rapports sexuels et j'ai oublié de prendre des précautions". Par conséquent, si elle ne cadre pas au profil de la femme facile, si donc, elle ne rentre pas dans le moule d'un groupe précis, on ne lui suggérera pas de le faire. » ADM05.

« De toutes les brochures mises à notre disposition, il se dégage une reproduction des stéréotypés. Les photos, par exemple, (l'image joue un rôle prépondérant, comme on le sait), renvoient à des modèles. La femme moyenne, ce n'est pas ça. » ADM10.

En tant que maladie transmissible par voie sexuelle, le sida a entraîné la stigmatisation de l'acte sexuel en lui-même. Selon les personnes interviewées, la sexualité et, plus précisément, la « mobilité sexuelle » intense (recherche systématique de nouveaux partenaires sexuels) est liée au genre masculin. La sexualité masculine est caractérisée par une approche « hédoniste », tandis que le genre féminin s'exprime et s'épanouit dans le cadre des relations conjugales légales dans le but de la procréation.

En Angleterre, jusqu'en 1967, l'homosexualité masculine était un acte prohibé par la loi. Cette interdiction n'était pas appliquée au cas de l'homosexualité féminine, puisque la reine Victoria, qui a signé la loi relative, considérait que « l'homosexualité féminine ne pouvant absolument pas exister, elle ne peut pas être considérée comme un délit ».

5.2.2.5. La mobilité : un facteur de risque

En analysant les entretiens, on observe une tentative de corrélation entre le virus du sida et le facteur de « mobilité ». La mobilité ne concerne pas seulement les immigrés économiques et les réfugiés, mais, aussi, les travailleurs qui se déplacent en raison de la nature de leur travail.

« Ceux qui s'absentent pendant un grand laps de temps de leur famille ou de leur compagnon permanent constituent aussi un groupe à risque. Je l'ai personnellement constaté du temps où je travaillais à l'hôpital, où l'on soignait des conducteurs de poids-lourds, des marins... »
ADM01.

Une lecture plus avisée de l'extrait ci-dessus, mettrait en évidence que la mobilité ne constitue pas la seule cause de contamination par le VIH. Sa dangerosité est due à son association avec des pratiques, des attitudes et des conduites dévalorisées. On voit, donc, que la mobilité est liée à l'éloignement du cercle familial (identifié à la sécurité) et à la monogamie (qui présuppose une relation stable, basée sur des sentiments d'affection, offrant également la sécurité).

De même, dans le cas des immigrés et des réfugiés, l'éloignement de leur pays, de leur foyer, de leur famille, sont autant de facteurs de vulnérabilité. Donc, l'éloignement de l'endogroupe (compatriotes, parents proches), constitué de membres unis par les « liens de sang » (nationalité, lien de parenté), accroît la dangerosité et les probabilités de contamination par le virus VIH. Ces « liens de sang » constituent une protection contre le sida, une « maladie du sang » par excellence⁵⁹. La « patrie » (non pas le « pays »), le « foyer » (non pas le « logement »), « les membres de leur famille », leur « lien de sang » (non pas le « lien de parenté ») sont autant de notions

⁵⁹ Agrafiotis et coll. (1997, p. 20), précisent que « le sida est une maladie du sang qui peut être également transmise par l'acte sexuel », en révélant le lien de la maladie avec des archétypes, comme le « sang », qui créent des charges et des fantasmes collectifs. Les chercheurs notent que le lien de parenté fait référence au « lien de sang » ou qu'on attribue au « lien de sang » une relation exceptionnelle à la vie et à la mort.

assimilées à la certitude et à la sécurité, opérant comme des facteurs protecteurs face au risque potentiel.

« Les immigrés aussi encourent ce risque, à cause de l'éloignement de leur patrie ; loin de leur maison, ils sont privés du soutien des membres de leur famille, de leurs parents, de leur sang si je puis me permettre, des gens qui se soucient d'eux, qui s'en occupent... Chez nous, ils vivent seuls, dans de mauvaises conditions, où les règles d'hygiène de base ne sont pas observées... » ADM03.

L'absence de « foyer » présente un intérêt particulier, étant donné qu'il est également considéré comme un facteur de vulnérabilité pour d'autres groupes aussi, tels que les usagers de drogues. Le « foyer » est plus qu'un logement⁶⁰. Le « logement » nous met à l'abri des dangers « réels »-« visibles » encourus par des conditions météorologiques ou par des animaux sauvages, alors que le « foyer » (en tant que réseau de relations sociales) nous offre la chaleur, la certitude, la sécurité. Il nous offre une couverture protectrice « psychologique » (personnelle) et « sociale » (collective) (comme il en est pour la peau et le corps, selon l'approche biologique), qui nous protège des risques (non visibles), comme la maladie (virus), à travers le « renforcement mutuel » (*empowerment*)⁶¹.

« Le plus souvent, les usagers de drogues sont en mauvais termes avec leurs familles, ils ont quitté la maison ou en ont été chassés... le plus souvent, ils vivent dans la rue, c'est un problème grave. » ADM06.

⁶⁰ En anglais, on utilise le terme « *homeless* » pour désigner les personnes sans « foyer » (au sens large du terme), tandis qu'en français ou en grec, il est utilisé dans son acception de « sans-abri », c'est-à-dire de personnes sans « logement ». En anglais, le terme « *home* » est utilisé pour désigner le domicile (*house*), l'origine (*origin*), le pays (*country*) etc. (Cambridge Advanced Learner's Dictionary). Le lien entre la maison et la familiarité, le confort et le calme est également manifeste dans la phrase « Je me suis senti comme chez moi ». Selon le dictionnaire LAROUSSE, le terme « sans-abri » désigne une « personne qui n'a pas un logement ». Logement : « lieu et en particulier cavité, ou vient se loger quelque chose ». La notion de cavité implique une dimension biologique ; on parle « des creux, espace vide dans un corps solide ».

⁶¹ Le « renforcement » constitue objectif principal des programmes de prévention contre le VIH/sida. À titre d'exemple, nous mentionnerons le programme « Mpowerment Project » du CAPS pour les jeunes homosexuels. L'objectif du programme est « de construire une forte communauté de jeunes hommes homosexuels. C'est la seule initiative scientifiquement développée et expérimentalement testée ayant abouti à une réduction du risque de contamination au VIH par voie sexuelle parmi les jeunes hommes homosexuels » (<http://www.caps.ucsf.edu/projects/#gay>).

5.2.2.6. Usagers de drogues : un cas d'étude pour mieux comprendre les relations endogroupe – exogroupe

Pour une meilleure compréhension des relations endogroupes et exogroupes, il convient d'aborder le cas de l'usage de drogues. Conformément aux personnes interviewées, les usagers de drogues ont structuré une identité sociale forte et développé des liens de groupe solides. En étudiant ce groupe minoritaire, on peut tirer des informations utiles sur l'effet du groupe d'appartenance sur la pensée individuelle. Adaptées au cas du sida, ces informations seront d'une grande importance pour la planification d'interventions de prévention efficaces, mais elles nous aideront, également, à comprendre de quelle manière la responsabilité, individuelle attribuée par la société est transformée en responsabilité collective, à travers le stigmat, constituant une partie de l'identité du groupe.

Les personnes interviewées œuvrant dans le domaine de réhabilitation des toxicomanes, nous fournissent des données importantes, afin de comprendre le mode de pensée des usagers de substances intraveineuses concernant le risque de contamination par le VIH et les modes de gestion du facteur de dangerosité. Ainsi, selon notre échantillon, les usagers grecs, consommateurs de substances intraveineuses, n'ont pas encore intégré le stigmat du porteur potentiel du virus dans leur identité. Bien que le groupe des usagers de drogues soit l'un des premiers au sein duquel le virus a été détecté et bien que celui-ci ait été jugé responsable de l'introduction du sida dans les pays occidentaux, le profil épidémiologique de la maladie n'a pas conduit, en Grèce, à un rapprochement entre le sida et ce groupe, comme c'est le cas pour le groupe des homosexuels. La présence des taux de contamination faibles – qui a orienté les scientifiques vers cet espace géographique afin d'élucider ledit « mystère grec » ou, autrement dit, le « miracle grec » – a créé chez les usagers l'idée du caractère « non risqué » de l'usage des substances intraveineuses concernant la contamination par le VIH. L'information sur la faible propagation du virus chez ledit groupe a été canalisée vers la communauté des usagers à travers les mass-médias.

« Ils en sont au courant. Ils le savent par le biais des mass-médias... Ils sont informés de ce faible taux et ils s'y rendent (au centre d'aide aux toxicomanes) en connaissance de cause. Je suis souvent impressionnée, moi-même, de les entendre dire "je sais que chez nous il n'est pas

élevé (le taux de contaminations) par rapport à des pays comme la France ou l'Espagne". » ADM06.

Le « contact personnel » est un facteur qui contribue également à l'évaluation de la dangerosité. Au niveau de leurs relations interpersonnelles, dans le cadre de leur communauté, les usagers de drogues ne rencontrent pas souvent des séropositifs. La « non visibilité » du VIH, donc, au sein de la communauté, donne une impression d'« inexistence » du virus et, en conséquence, d'une « absence » de risque (« ...comme, dans leur milieu, personne ne connaît quelqu'un atteint du sida, ça les rassure. Et puisque ce phénomène est rare et qu' autour d'eux il n'y a aucun séropositif, on pense qu'on est à l'abri du risque. » ADM06). Pour la plupart des usagers grecs, le sida demeure une menace improbable et lointaine. Le fait de ne pas avoir dans leur environnement des cas-références de contamination rend la menace très abstraite. Comme Paicheler (1998, p. 93) le souligne, « connaître une personne atteinte, c'est réaliser l'ubiquité du risque et, le plus souvent, en prendre en conscience pour soi-même ». Par conséquent, on pourrait déduire que l'évaluation du risque (élevé, moyen, faible) dépend du degré de sa visibilité sociale (concernant le nombre de membres contaminés du groupe). En deux mots, ce qui est *réel* est en même temps *visible*.

Essayant d'interpréter les données épidémiologiques, la personne interviewée travaillant au sein de l'organisme de lutte contre les dépendances, procède à une série d'attributions causales. Toutes les deux interprétations sont fondées sur des causes externes : a) l'accès facile aux seringues (« Ils avaient tous leurs propres seringues chez eux. Cette habitude prédomina dès que la toxicomanie est devenue un fléau. Eux-mêmes l'affirment : "moi je gardais toujours mes propres seringues dans mon tiroir". » ADM06) et b) la faible fréquence de partage de seringues (« ... je pense que la fréquence de partage de seringues était trop faible. C'est-à-dire, une fois par an, c'est une chose ; tous les jours, c'en est une autre. » ADM06).

5.2.2.7. La sexualité des usagers de drogues

Les usagers de drogues semblent avoir une faible activité sexuelle. La sexualité se trouve minimisée par rapport à l'usage de drogues. Tant le rapport sexuel que la consommation de drogues semblent avoir un but ultime commun : « la chasse au

plaisir ». L'extase que procurent ces substances est comparée à l'orgasme. Ainsi, cet usage opère comme un substitut de l'acte sexuel. Cette approche hédoniste, entre autres, fait de ces pratiques (sexe / usage de drogues) l'objet de dépréciation sociale. Face à l'hétérogénéité des caractéristiques sociales des premiers malades, la catégorisation initiée par la création de la catégorie du « groupe à haut risque », semblait problématique (Thiaudière, 2002). Les scientifiques, qui examinaient les causes de cette maladie « bizarre », s'appliquaient à dépister des éléments communs parmi les premiers malades et de procéder à des corrélations de facteurs. Quel public aurait pu lier l'homosexualité à la toxicomanie ? (Thiaudière, 2002). La même question se pose, également, dans la sphère des sciences sociales, afin de comprendre la stigmatisation de certains groupes. L'acte sexuel et l'usage de drogues semblent des pratiques sans aucun point commun apparent. Cependant, ils partagent la même motivation (critère de base pour l'attribution de la responsabilité selon la théorie de Weiner): la recherche du « plaisir ». « L'orgasme » et « l'extase » sont les deux facettes d'une même monnaie. En Europe occidentale, en raison de la prédominance des valeurs chrétiennes de l'Église catholique dans la sphère sociale et politique, le plaisir a été mis dans le collimateur, comme en Amérique du Nord (Nouvelle Angleterre), pendant le XVII^e siècle, en raison du développement du puritanisme (fruit de la réforme protestante). L'adultère, la prostitution et l'homosexualité constituaient des actes passibles de flagellation en public (*cf.* la lettre écarlate dans le cas de la perpétration d'adultère par les femmes), voire, de mort (*ex.* dans le cas de l'homosexualité). Les premiers cas du sida ont été localisés dans les régions géographiques citées ci-dessus, où la « luxure » (le plaisir) figure parmi les sept péchés capitaux.

« L'usage de drogues est plus important que la sexualité. À mon avis, c'est un peu comme ça : on aimerait, certes, satisfaire ses besoins sexuels, mais on a trouvé un autre mode pour atteindre l'extase, un mode passif et sans se donner trop de peine, l'extase produite par le produit stupéfiant est plus intense par rapport au plaisir de l'acte sexuel, c'est-à-dire l'orgasme. Donc, je pense que ce produit stupéfiant est un substitut de l'acte sexuel et que l'usage de drogues est assimilé au défoulement procuré par cet acte. L'usage fréquent de drogues est assimilé au changement fréquent de partenaires sexuels. » ADM06.

L'usage de drogues remplace progressivement la sexualité et la principale préoccupation de l'usager est de se procurer sa dose. Le produit stupéfiant prend une place prépondérante dans sa vie, affaiblissant l'instinct sexuel :

« La libido des usagers chroniques dont le seul intérêt est de quoi se droguer, baisse au fil des années, et leur vie sexuelle devient moins intense. C'est ce qu'ils avouent eux-mêmes. Cette baisse entraîne également un changement moins fréquent de partenaires. » ADM06.

Cependant, dans le cas où l'utilisateur reste sexuellement actif, son comportement sexuel est jugé « irresponsable » (« *Cependant, lorsqu'ils sont sexuellement actifs, ils sont très imprudents.* » ADM06). Cette « imprudence » ne consiste pas à changer de partenaires, comme il arrive souvent au sein de la communauté homosexuelle, mais à ne pas utiliser de préservatif. Le rapport sexuel « sans précaution » s'appuie sur l'argument de la fidélité dans les relations conjugales. La relation monogame est caractérisée par l'absence de risque, alors que le rapport sexuel éphémère se trouve lié à la dangerosité.

« La majorité des personnes (usagers de drogues) rapporte que "lorsque j'ai des rapports sexuels, je n'utilise pas de préservatif. Parce que moi je ne change pas de partenaires, j'ai une partenaire permanente". D'habitude, leurs partenaires sont elles-mêmes des toxicomanes. On continue à se faire confiance sans savoir si l'autre est contaminée ou non par le sida, par un éventuel partage de seringue. Et puisqu'on ne change pas de partenaires et qu'on n'a pas de rapports sexuels avec des prostituées, parce qu'on n'a pas d'argent, on ne met pas de préservatif. C'est une pratique habituelle chez eux. » ADM06.

L'identité commune, façonnée à travers l'appartenance au même groupe, est un autre facteur lié à la confiance. On a confiance en celui qui est comme soi-même, (« ... *j'ai confiance en lui, puisqu'il est des nôtres.* » ADM06). L'appartenance « au même moule » opère comme une soupape de sécurité face au risque externe (« *Il est du même moule, je lui fais confiance.* » ADM06). Par conséquent, la confiance est une notion inhérente au semblable, à l'identique, au commun (partagé).

« La confiance s'établit grâce à l'appartenance au même groupe. Ils sont unis non seulement à cause de la drogue mais, encore, à cause de leur stigmatisation sociale. "Les plus nuls sont les autres, nous, on n'est pas des nuls, nous, on reste unis. Les plus nuls sont tous ceux qui ne consomment pas de drogues", disent-ils. "Nous, on est un groupe différent qui a ses propres codes, on communique avec les yeux, on a un tout autre mode de communication ... nos codes à nous sont les meilleurs". » ADM06.

Dans l'extrait ci-dessus, on observe la stigmatisation de l'exogroupe (la société), ce qu'on appelle « le stigmate inversé ». En s'appuyant sur la théorie psychanalytique des mécanismes de défense et, plus spécifiquement, sur les mécanismes de projection et d'opposition, on considère que la personne stigmatisée projette ses propres sentiments d'infériorité sur celui qu'elle stigmatise, afin de sauver

son identité et de protéger l'estime de soi. On pourrait dire qu'il considère l'autre de la manière dont il considère ce qu'il hait en lui (Kosmopoulos, 1994). Par conséquent, la dévalorisation sociale de la pratique stigmatisée (consommation de produits stupéfiants) est transmise aux non-adeptes de cette pratique. Ainsi, selon une inversion des appréciations morales, c'est la dévalorisation sociale qui gagne en valeur, alors que l'appréciation sociale se trouve dépréciée. D'ailleurs, l'identité personnelle n'est pas seulement façonnée par « ce que on **est** », mais également par « ce qu'on **n'est pas** » (« *Souvent, je vois l'arrogance se dessiner dans leur regard. "Qu'est-ce que t'en sais toi ?". On dirait qu'ils me méprisent du fait que je ne suis pas usager moi-même. Je ne suis pas des leurs.* » ADM06).

L'usager de drogues séropositif a une double identité dévalorisée : d'une part, celle « du malade contaminé par un virus transmissible perçu parfois comme contagieux » (maladie physique) et, d'autre part, celle du « malade accro à la drogue » (maladie mentale). Entre ces deux identités, on observe que l'identité de « l'usager » prédomine. La séropositivité constitue un élément secondaire de l'identité sociale et équivaut, en particulier, à la dépravation morale, imputée à une sexualité particulière et dévalorisée, dont le sujet (l'usager, en l'occurrence) essaye de prendre des distances.

« Les toxicomanes séropositifs, préfèrent projeter vers l'extérieur l'image de leur toxicomanie et non pas celle de leur séropositivité, ce que des membres d'autres groupes ne feraient jamais, car ils ne voudraient aucunement porter le stigmate lié à la toxicomanie. Et cette préférence est due au fait que, selon leur propre code de déontologie, les usagers de drogues se sentent mieux dans le groupe des toxicomanes que dans celui des séropositifs, c'est comme s'ils s'auto-stigmatiseraient. La séropositivité joue, ainsi, un rôle secondaire, voire un troisième rôle, dans ce à quoi on s'identifie. D'ailleurs, la séropositivité est liée à une sexualité déchainée, à une sexualité sans limites, dont les toxicomanes ne se sentent pas concernés en tant que groupe. » ADM06.

5.2.2.8. Conception du risque et groupe d'appartenance

Comme nous l'avons vu dans l'analyse du cas de drogues, le risque est perçu comme quelque chose d'externe (exogroupe), lié à l'altérité. En ce qui concerne le risque de contamination par le VIH, alors que la population générale (vue comme quelque chose d'homogène et de compact, formant un groupe commun) considère les usagers de drogues comme des personnes à risque, ceux-ci, de leur côté, se sentent en

sécurité au sein de leur groupe et la menace consiste en un contact avec les membres de l'exogroupe. Tâchant d'entreprendre une assimilation dans l'espace de l'éthologie, on pourrait soutenir que le groupe fonctionne comme une « niche », liée à la sécurité, alors que le risque guette à l'extérieur de celle-ci.

Voyons, maintenant, si la perception du risque, telle qu'elle a été observée dans le cas du groupe des toxicomanes, est similaire à celle des autres groupes socialement stigmatisés par le sida, à savoir les immigrés et les homosexuels.

En ce qui concerne les immigrés, on observe la même stratégie de prévention du risque de contamination par le VIH. Pour des raisons de sécurité, les immigrés se réfugient au sein de l'endogroupe. Puisque les immigrés ne présentent pas le même degré d'homogénéité – si le terme nous est permis –, en comparaison avec les usagers de drogues et les homosexuels (usage de substances et rapport sexuel avec des personnes du même sexe respectivement), l'endogroupe n'est pas constitué par l'ensemble de ceux que les Grecs, englobent dans la catégorie des « étrangers », toutes origines confondues. Cela a un rapport avec la façon de voir l'autre. Pour les immigrés, l'étranger est le Grec. Par exemple, « l'étranger » (membre de l'exogroupe) pour un Albanais c'est le Grec, qu'il classe dans la catégorie des « étrangers » toutes origines confondues. Dans cette optique, pour des raisons de sécurité, l'Albanais se réfugie parmi les membres de l'endogroupe, en l'occurrence, le groupe d'immigrants d'origine albanaise. Par conséquent, le groupe d'appartenance n'est pas constitué selon le rôle social de « l'immigré », mais selon l'origine ethnique.

« Le plus souvent, les immigrés se lient avec une femme de leur pays. Ou bien, ils ont déjà une relation ou ils sont mariés dans leur pays d'origine lorsqu'ils arrivent chez nous. Les relations avec les Grecques ne sont pas habituelles. » ADM07.

Dans notre recherche sur la gestion du risque de contamination par les hommes se livrant à la prostitution à Athènes (Papathanasiou & Ioannidi, 2005), nous avons procédé à la même constatation. La majorité des hommes se livrant à la prostitution (5/7) étaient des immigrés ou appartenaient à une minorité nationale. En dépit de la dangerosité élevée de contamination par le VIH, due à la nature de leur travail et des problèmes qui en résultent (alternance de partenaires sexuels, usage non systématique ou mauvais usage du préservatif etc.), ils se sentent en sécurité dans une relation affective avec une personne de la même origine et, toujours, avec une femme. Pour eux, la relation « non risquée » est caractérisée par deux éléments: a) *l'ethnicité*

commune et b) *le sexe féminin de leur partenaire*. En ce qui concerne le premier élément, l'appartenance au même groupe de références crée des sentiments de sécurité et de confiance. D'ailleurs, comme un jeune homme d'origine albanaise, se livrant à la prostitution, a su le déclarer de manière caractéristique: « *Seules les Albanaises sont bonnes pour une relation sérieuse* ». La race, l'ethnicité et l'origine nationale sont liées à des valeurs morales. Si on tient compte de la représentation de notre informateur selon qui les Albanaises sont « candides », « inexpérimentées » aux pratiques sexuelles, donc, bonnes pour établir une relation sérieuse en vue de mariage et de fondation d'une famille, par opposition aux Grecques, qui font preuve d'une plus grande liberté dans leur vie sexuelle, on pourrait déduire que le semblable est moral, tandis que le différent est immoral.

Le sexe du partenaire sexuel est le second élément qui influe sur la formation du « risque ». Le rapport sexuel avec une femme est considéré plus sécurisant que le rapport sexuel avec un homme. Toutes les personnes interviewées ont rapporté des expériences sexuelles avec les deux sexes. Cependant, ils ne prenaient pas les mêmes mesures de précaution avec les deux sexes, alors qu'il y avait une différenciation en ce qui concerne la perception du risque. Plus précisément, les hommes se livrant à la prostitution, ayant participé à notre recherche, utilisaient le préservatif seulement lors des rapports sexuels avec des hommes, tandis qu'ils n'en utilisaient pas en cas de rapports avec une femme. La représentation du risque peut être mieux analysée dans le cadre d'une relation sexuelle fondée sur des sentiments amoureux. En psychologie sociale, plusieurs recherches dans le champ des relations interpersonnelles étroites (Moser, 1994 ; Apostolidis, 1998) ont montré que les sentiments amoureux opèrent comme un filet de protection dans les représentations du risque de contamination par le VIH, comme si le risque constituait une composante de la « passion » érotique et que les sentiments amoureux, purs et sains, seraient liés à la certitude, l'assurance, la sécurité. Selon cette optique, les hommes se livrant à la prostitution n'utilisent pas de préservatif avec leurs compagnes féminines, parce que, tout simplement, « on était ensemble » ou parce que « on était amoureux ». Or, même amoureux de leurs compagnons mâles, la perception du risque semble différente, puisque, comme le rapporte de façon caractéristique notre informateur : « Ma conscience me disait que c'était dangereux. » (Papathanasiou & Ioannidi, 2005, p. 50-51).

Cette même considération du risque a été également constatée dans les discours des acteurs administratifs, dans la présente recherche. L'attitude observée chez les usagers de drogues et les immigrés, se réfugiant au sein de l'endogroupe pour se protéger du VIH, semble étrangère aux homosexuels qui, en quête de sécurité ont recours aux membres de l'exogroupe. Ils préfèrent avoir des rapports sexuels avec des hommes hétérosexuels, parce qu'ils ont le sentiment de mieux contrôler le risque (contrôlabilité). Vu dans cette optique, le choix d'un partenaire « hétérosexuel », ne fût-ce qu'un « homme qui a des rapports sexuels avec des hommes » (donc, qui ne s'auto-définit pas en tant qu'homosexuel), réduirait les probabilités de séropositivité. Cette croyance émane du stéréotype et de l'auto-stéréotype de l'homosexuel porteur des maladies vénériennes. Outre la fréquence de changement de partenaire sexuel, l'élément important dans la représentation de la dangerosité semble être « ce que je fais », ce qui est déterminé par « qui » est le partenaire sexuel. Comme l'écrit Joffe (1995, p. 7), « les comptes indiquent également que l'identité et les pratiques ne peuvent être séparées. Cette "identité corrompue" des hommes homosexuels est liée non seulement au seul fait d'être homosexuel, mais dans leur représentation des pratiques des hommes homosexuels ». Par conséquent, on dirait que le degré de dangerosité est influencé par l'identité sexuelle du partenaire, selon que le partenaire est homosexuel, bisexuel ou hétérosexuel (indépendamment de son activité sexuelle). On imagine l'évaluation du risque sur une échelle de 1 à 3 (1=faible, 2=moyen, 3=grand), où sur une extrémité se trouve l'hétérosexuel, sur l'autre extrémité, l'homosexuel et, au milieu, le bisexuel.

« En observant les stratégies de prévention, les stratégies personnelles de prévention, on constate que nombreux homosexuels rapportent qu'ils cherchent une relation sexuelle avec un homme hétérosexuel ou, bien, avec quelqu'un qui se présente comme hétérosexuel. Il ne s'agit pas que d'un fantasme, comme on aurait pu le supposer, mais, surtout, à mon avis, d'un mode de protection contre le sida. En particulier, bien entendu, lorsque l'autre est marié ou qu'il est en relation. Ils pensent que il ne voudrait pas faire du mal à sa compagne et qu' il fait attention, donc. » ADM05.

Dans les représentations concernant le degré de dangerosité et de vulnérabilité, il existe probablement un « noyau de vérité », fondé sur les données épidémiologiques ; cependant, l'extrait suivant illustre clairement le rôle des perceptions préexistantes pour les personnes et les groupes sociaux dans la configuration des représentations des facteurs du « risque » et de « l'absence de

risque ». On supposerait, par exemple, que puisque les taux des usagers de drogues séropositifs sont très faibles, en Grèce, ceux-ci rechercheraient davantage le risque dans la pratique sexuelle indépendamment du type de rapport. Cependant, on observe que la contamination par le VIH est liée au partage de seringue chez les usagers hétérosexuels, alors que chez les usagers homosexuels, elle est liée à la sexualité. On constate, donc, que l'élément stigmatisant est lié au facteur du risque. Dans le cas du consommateur de drogues hétérosexuel, l'usage de substances est un comportement social déviant qui le stigmatise qui le met aussi en marge de la société ; par conséquent, c'est précisément cette pratique qui est liée au « mal » / « risque ». D'autre part, l'usager homosexuel considère sa sexualité plus stigmatisante, ce qui, probablement, qui l'aurait conduit à la drogue (« *Pour l'usager homosexuel, l'homosexualité et l'usage de substances peuvent avoir une relation de cause à effet.* » ADM06), c'est elle, donc, qui est liée au risque :

« Un hétérosexuel (usager de substances intraveineuses, contaminé par le VIH) pensera plutôt à la seringue, croit-on. Il pensera plutôt que c'est à cause de la seringue, alors que, peut-être, il a été contaminé autrement. /.../ Un toxicomane homosexuel, dont le cas me vient, à ce moment, à l'esprit, nous a dit : "j'ai été contaminé par l'alternance de partenaires sexuels. J'en suis sûr. En tant qu'héroïnoman, ces 10 dernières années, j'ai fait seulement deux fois usage d'une seringue commune. Je ne crois pas qu'on puisse être contaminé de la sorte". » ADM06.

En ce qui concerne l'origine et le mode de propagation du sida, il paraît que l'identité homosexuelle et le sida soient des notions liées au psychisme, celui de certains homosexuels, au moins. Dans le cadre de l'entretien, un psychologue, qui travaille en tant que conseiller pour un réseau d'assistance par téléphone, concernant l'information sur le sida, nous a rapporté : « *Souvent, selon les appels reçus, on a affaire à des homosexuels, surtout de jeunes hommes, ayant fait un test qui s'est avéré négatif, qui persistent dans leur croyance que leur contamination serait inévitable dans l'avenir. "Même si les résultats de mon test ne sont pas positifs à présent, à un moment donné je ne pourrai qu'être contaminé", disent-ils...* » ADM05. En outre, une autre personne interviewée, œuvrant au département de soutien psychosocial d'un organisme public de lutte contre le sida – un militant homosexuel lui-même, membre d'une organisation de lutte contre les discriminations à l'encontre des homosexuels⁶² – rapporte de façon caractéristique : « *Pendant toutes ces années, j'ai rencontré*

⁶² L'information sur l'identité sexuelle a été révélée par l'interviewé lui-même sans aucune interrogation de la part du chercheur.

beaucoup d'homosexuels séropositifs qui se sentent coupables de leur homosexualité. Ils pensent que leur homosexualité est la cause de leur contamination par le sida. Comme une relation de cause à conséquence... quelque part... Et, cette idée est fortement ancrée au plus profond d'eux-mêmes... si profondément enracinée qu'il est très difficile de leur faire changer d'opinion. » ADM07.

Chez les homosexuels, la conséquence du lien de leur identité sexuelle avec le sida débouche sur l'intégration d'une image de soi négative ; il s'agit de ce que Goffman (1963) appelle « l'identité spoliée » (*spoiled identity*). L'image intériorisée de l'homosexuel-porteur potentiel du virus, augmente la vulnérabilité des homosexuels, car ils pensent que la contamination par le VIH constitue un élément de leur « destin », de leur propre nature. Helene Joffe (1995, p. 7) tire des conclusions similaires, suite à une recherche qu'elle a effectuée avec des hommes homosexuels en Grande-Bretagne et en Afrique du Sud, au sujet de leurs représentations concernant le sida⁶³. En analysant le discours des participants, elle constate que « l'incrédulité de l'homme britannique au sujet de ses résultats des tests négatifs au VIH indique qu'il est contaminé par le virus du sida à cause de son identité, plutôt qu'à cause de ses pratiques : il n'a jamais eu de relations à risque. L'homme sud-africain dit la même chose. ».

5.2.2.9. Obstacles dans la prévention des groupes vulnérables

Dans le discours des personnes interviewées, nous avons isolé certains facteurs rapportés par elles-mêmes comme autant d'obstacles au développement des pratiques de prévention efficaces, concernant les groupes spécifiques de population ; ces facteurs ont été classifiés en fonction du groupe d'appartenance (Tableau 5.2).

Ensuite, sur la base des théories d'attribution élaborées par la psychologie sociale, nous avons procédé au classement de ces facteurs selon deux catégories : a) en *causes internes* et b) en *causes externes* (Tableau 5.3). Comme illustré dans les revues bibliographiques concernant les théories d'attribution, l'attitude à l'égard des personnes et de leurs actes dépend, entre autres, de l'attribution des causes à des facteurs internes ou externes.

⁶³ Dans le fond des interviews, menés entre 1990 et 1992, avec vingt hommes homosexuels, dont dix Britanniques et dix Sud-Africains.

Groupe vulnérable	Facteurs de vulnérabilité/obstacles
Homosexuels	<i>déni du risque, fatigue, processus d'antistigmatisation</i>
Usagers de drogues	<i>psychisme, conditions de vie</i>
Personnes prostituées	<i>type de travail, implication de la mafia</i>
Immigrés	<i>pas d'accès aux services sanitaires, langue, conditions de vie</i>
Hémophiles	<i>faiblesse de la médecine, conditions de vie</i>

Tableau 5.2 : Groupes et facteurs de vulnérabilité

Facteurs	Attribution
<i>Déni du risque</i>	Cause interne
<i>Fatigue</i>	Cause interne
<i>Processus d'antistigmatisation</i>	Cause interne
<i>Psychisme</i>	Cause interne
<i>Conditions de vie</i>	Cause externe
<i>Type de travail</i>	Cause externe
<i>Implication de la mafia</i>	Cause externe
<i>Pas d'accès aux services sanitaires</i>	Cause externe
<i>Langue</i>	Cause externe
<i>Faiblesse de la médecine</i>	Cause externe

Tableau 5.3 : Facteurs de vulnérabilité et attributions

Conformément, donc, aux éléments ci-dessus, les interventions de prévention au sein de la communauté homosexuelle restent d'une efficacité limitée, à cause de l'attitude négative qui caractérise le groupe social spécifique en matière de risque de contamination par le virus VIH (déni du risque) (« *Lors d'une tentative d'intervention dans un bar fréquenté par des homosexuels, le patron nous a refusé l'entrée, objectant: "Dites, donc, tout ce monde vient ici pour se défouler, s'oublier, se détendre, pour se calmer les nerfs et vous, vous allez leur faire peur, les faire partir de la boîte".* » ADM07). Ce refus est attribué à deux raisons : a) la fatigue mentale (« *Ils sont fatigués d'entendre parler sans cesse du sida, de voir dans les bars qu'ils*

fréquentent des affiches à grandes lettres concernant le sida. » ADM07) et b) au processus de déstigmatisation (« Ils tentent, avec raison selon moi, de garder loin d'eux le stigmate du porteur du virus. Ce n'est pas facile d'être considéré comme un risque pour les autres. » ADM07).

Concernant les usagers de drogues, la difficulté réside dans leur psychosynthèse particulière de consommateur, mais, également dans leurs conditions d'existence.

« Au moment où ils viennent se procurer leur drogues, leur dose, comme on vient de le dire, et surtout, s'ils ont des difficultés pour se la procurer, les usagers sont dans un tel état, que toutes ces questions [la protection] passent au second plan. » ADM03.

« Les toxicomanes de la place d'Omonia⁶⁴ vivent dans la précarité... il n'existe aucune prévention hygiénique et, plus généralement, aucun souci pour la santé... » ADM06.

L'accès aux personnes contaminées pour leur venir en aide est considéré particulièrement difficile, à cause de l'implication de la mafia. L'ingérence des réseaux criminels dans le milieu de la prostitution (milieu porteur d'énormes bénéfices aux personnes impliquées) et le contrôle absolu exercé sur les prostituées (majoritairement des femmes d'origine étrangère) entravent l'action du groupe d'experts de la santé publique (« À ce niveau, la situation est vraiment très difficile. C'est une question de vie ou de mort et la vie n'est pas seulement menacée par le sida. Le sida n'est qu'un seul aspect de cet énorme problème. » ADM05). En outre, au niveau de la représentation, la prévention contre le sida se présente en tant qu'une activité en opposition avec la nature du travail de la personne prostituée. Comme on le verra dans l'extrait ci-dessous, la prévention contre le sida est liée principalement à l'abstinence sexuelle et à la monogamie (des comportements socialement valorisés) et non pas exclusivement à l'usage du préservatif (qui sous-entend une vie sexuelle instable) (« L'OMS donne certaines orientations, stipulant que pour qu'on soit protégé l'abstinence sexuelle, la fidélité réciproque dans la relation monogame, l'usage du préservatif, sont nécessaires. Mais, lorsqu'on a affaire à des prostituées, peut-on tenir le discours d'abstinence ? ... Puisque c'est leur travail! » ADM04).

De même, chez les immigrés, les croyances religieuses (en particulier dans le cas des musulmans) et les particularités culturelles, font obstacle à une intervention

⁶⁴ Omonia : place au centre d'Athènes, devenue le fief des usagers de drogues, des immigrés, des personnes prostituées etc., offrant une image représentative de la marginalisation sociale en Grèce.

efficace (« *Moi, ma religion ne me permet pas de parler de sexe, objectera-t-on.* » ADM04). De plus, l'accessibilité aux services de santé est déterminée par le régime ambigu concernant le droit au séjour (légal ou illégal). La situation devient beaucoup plus difficile lorsqu'une personne se trouve illégalement dans un pays, vivant dans la clandestinité par peur des autorités. Aux yeux des immigrés, l'hôpital est un espace « à risque », en raison de la coopération entre les professionnels de la santé et les autorités policières sur le repérage des immigrés illégaux et leur expulsion potentielle, selon les directives définies par la loi⁶⁵ ; cette politique est qualifiée de « bombe à retardement » par une de personnes interviewées, à cause de la négligence en matière de maladies infectieuses (« *L'accès aux informations se faisant principalement auprès des hôpitaux, où, cependant, les immigrés clandestins refusent de s'y rendre. La loi stipulant qu'ils devaient être arrêtés, lorsqu'ils se présentent au service des urgences, était une bombe à retardement.* » ADM01). Enfin, les conditions d'existence des immigrés, caractérisées par une mauvaise hygiène résultant de leur indigence, figurent également parmi les causes de la transmission du virus parmi les populations itinérantes (« *Ici ils vivent seuls, dans la précarité, n'observant pas les règles formelles d'hygiène... vous comprenez, donc, qu'il y existe un risque réel d'un point de vue uniquement sanitaire.* » ADM03).

Dans le cas des personnes hémophiles, la vulnérabilité concerne l'impossibilité de la science d'intervenir efficacement, mais, également, la nature de la maladie, qui conduit à un mode spécifique de vie, ne résultant pas, toutefois, d'un choix du sujet, celui-ci n'étant, donc, nullement responsable de sa situation. Dans l'extrait cité ci-dessous, la représentation de la pratique médicale concernant la transfusion sanguine présente un intérêt particulier. La transfusion sanguine est comparée à la « roulette russe ». La seringue (vue comme une « arme ») contient du sang, *potentiellement* mortel (« une balle »). L'hémophile peut subir plusieurs transfusions sanguines (autant d'appuis sur la détente), cependant une seule transfusion suffit pour le contaminer (comme une seule et unique balle atteignant la cible).

« Malheureusement la science n'est pas encore en mesure d'assurer qu'il n'existe absolument aucune probabilité de contamination par cette voie [la transfusion sanguine]. » ADM01,
« Subir une transfusion sanguine c'est jouer à la roulette russe. À un moment donné, un coup

⁶⁵ En 2000, un document du Ministère de l'Ordre Public appelait les autorités policières, en coopération avec les autorités sanitaires, à localiser tout immigré clandestin porteur du virus du sida et, ensuite, à procéder à son expulsion. Ce document a immédiatement été retiré, à cause des réactions de plusieurs organisations pour les droits de l'homme mais, aussi, celles des citoyens sensibilisés.

de malchance et l'on se trouve atteint d'une balle. Ces personnes [hémophiles] ne sont nullement responsables de leur contamination [par le VIH]. » ADM03.

C'est cette absence de choix, doublée de l'impossibilité de réaction face à la menace, qui conduisent à l'exemption de toute responsabilité. Le séropositif hémophile a le visage d'un enfant. À notre avis, le lien spontanément établi entre l'hémophilie et l'enfance, dans l'extrait ci-dessous, illustre de la manière la plus éloquente l'innocence de la personne hémophile et son impossibilité d'agir face au risque de contamination par le VIH. Tel un enfant qui subit les conséquences des actes commis par des adultes, la personne hémophile souffre à cause des actes de tierces personnes. Bien entendu, sa contamination par le VIH est attribuée aux mauvais actes (péchés) des autres, l'hémophile étant considéré comme la victime d'« une injustice insupportable ».

« D'autre part, on a de jeunes enfants hémophiles. Dans cette affaire du sang contaminé, combien d'enfants n'ont-ils pas perdu la vie sans raison, injustement ! Sans aucun doute, dans leur cas, on peut dire que le sida est réellement une injustice insupportable. Ils ont payé pour des péchés commis par d'autres. Leurs parents ont revendiqué une indemnisation et l'ont obtenue, mais à quoi bon ? Les enfants sont morts... » ADM06.

Tenant une comparaison entre les attributions sur la base de la discrimination des causes internes (endogènes) et externes (exogènes), on observe une tendance d'attribution de la contamination par le VIH à des causes externes, dans le cas des immigrés, des femmes infectées, victimes d'esclavage sexuel, autrement dit, de trafficking, et des personnes hémophiles. Dans le cas des usagers de drogues, la contamination par le VIH est attribuée aussi bien à des causes internes qu'à des causes externes. La contamination par le VIH est attribuée exclusivement à des causes internes dans le cas des homosexuels uniquement. En outre, on observe que, par rapport aux deux modes d'attribution, l'attribution de la séropositivité à des causes externes conduit davantage à une attitude permissive à l'égard d'une personne atteinte par le VIH. Conformément aux théories de l'attribution développées par la psychologie sociale, une personne choisit d'interpréter, sur la base de causes externes, des actions qui surviennent sous des conditions spécifiques (Kelley, 1967) ou des actes attendus qui dépendent, pourtant, très peu des acteurs (Laljee et al., 1982). D'autre part, la personne choisit d'interpréter les échecs ou les actes dépréciables d'autrui au moyen des causes internes (Weiner, 1974). Comme Heider (1944, p. 107) le note, d'ailleurs : « *Si les attitudes face à une personne convergent aux faits, les faits*

sont facilement imputables à la personne ». Par conséquent, l'attitude négative face aux homosexuels, en premier lieu, et aux usagers de drogues, en second, conduit à une interprétation de la contamination par le VIH sur la base des causes internes. Au contraire, la « compassion » à l'égard des victimes du trafficking et des hémophiles influence l'interprétation de la contamination, qui est attribuée à des causes externes.

5.2.2.10. Responsabilisation et intervention de l'État

Nous avons demandé aux sujets de notre recherche, d'évaluer l'intervention de l'État et les actions pour la prévention du sida auprès des populations spécifiques. Toutes les personnes interviewées (10/10) ont été d'accord sur le fait que l'État ne s'intéresse aux groupes minoritaires que dans le cadre de la protection de la population générale. Cet intérêt de l'État pour les groupes sociaux stigmatisés a été exprimé lors de l'émergence d'un risque pour « le citoyen moyen » (« *L'État s'est intéressé seulement lorsque le sida a atteint le citoyen moyen.* » ADM10). Toute initiative pour le développement d'actions au profit des groupes marginalisés reste lettre morte (« *Ce que je peux vous dire à ce sujet... c'est juste de ... sortir de mes dossiers les cinq propositions, déposées au cours de toutes ces années, que je persévère... à déposer à chaque fois, concernant des interventions que nous pouvons entreprendre auprès de ce groupe [homosexuels], ces propositions n'ayant jamais été approuvées et n'ayant jamais été réalisées.* » ADM07).

L'initiative de l'État et la mobilisation en ce qui concerne le contrôle de l'épidémie est interprété sur la base de la « Croyance en un Monde Juste ». Les personnes interviewées pensent que l'État envisage les citoyens selon deux catégories principales : a) ceux qui *sont* responsables et b) ceux qui *ne sont pas* responsables. Ses actions visent à la protection de la seconde catégorie, alors qu'il n'existe aucun système de prévoyance pour la première catégorie, puisque les citoyens appartenant à celle-là ont « ce qui leur est dû » (« *Cette initiative auprès de la population générale était prise dans le cadre d'une prétendue prévention pour préserver la population innocente. Parce que, en ce qui concerne le sida, l'ESY [Système National de Santé] opère selon ladite théorie d'"un monde juste". C'est-à-dire que la plupart des gens croient que chacun subi dans sa vie ce qu'il mérite et que, quelque part, la*

contamination par le virus du sida est le produit d'une responsabilité personnelle. » ADM10).

La « Croyance en un Monde Juste » s'appuie sur un pilier moral, le noyau de cette théorie étant que « les mauvaises actions correspondent à de mauvaises personnes et les bonnes actions à de bonnes personnes » (Lerner, 1980). L'assimilation du sida à l'homosexualité – compte tenu de la représentation prépondérante de l'homosexualité en tant que sexualité débridée, sans limites ni règles ni restrictions ni contraintes – a conduit à une interprétation morale du sida, selon laquelle la maladie est vue comme le châtiment d'une « mauvaise pratique » (rapport sexuel avec des personnes du même sexe) d'une « mauvaise personne » (de l'homosexuel).

« C'est-à-dire que celui qui s'est fait contaminer, aurait dû faire attention et, faute de prévention, l'inconscient collectif l'assimile à une personne menant une vie dépravée, en quête forcenée du plaisir comme fin en soi ; c'est une attitude liée au stéréotype du mauvais homosexuel, qui aurait dû faire attention, si l'expression m'est permise. Est-ce clair ? Cette considération a conduit à l'assimilation du virus du sida à l'homosexualité. Ce truc énorme et horrible à la fois! » ADM10.

Afin de décrire les relations entre l'État et les citoyens du point de vue du sida, dans son discours, l'un de nos interviewés cite en exemple l'incident du « Titanic » :

« L'État classe les citoyens en catégories. Son intérêt se limite seulement aux citoyens de 1^{ère} catégorie. Le sida a malheureusement atteint la 2^{ème} et la 3^{ème} catégorie... Parfois, cette attitude me rappelle l'incident du Titanic. Les quelques barques de sauvetage étaient destinées aux passagers de 1^{ère} classe. Ainsi, pour ceux qui ne voyageaient pas en 1^{ère} classe, les probabilités de survie étaient minimales. Qui plus est, les points de passage entre la 1^{ère} et la 2^{ème} classe avaient été scellés, pour que l'élite ne soit pas mise en danger. Ne peut-on faire le rapprochement avec le cas du sida, donc ? Cette conception élitiste n'a-t-elle pas prédominé ? D'une part, les patriciens innocents et, de l'autre, les plébéiens coupables. » ADM07.

À savoir que, selon la personne interrogée, face à une menace mortelle, le sauvetage des nantis a été considéré prioritaire. Dans le cas du sida, les prioritaires sont ceux dont la position sociale et la situation économique permettent l'accès à l'information, octroyée, comme on l'a vu, par des organismes institutionnels de santé. Selon cette considération, les « cabines de 1^{ère} classe », sont occupées par ladite population générale, celles de « 2^{ème} classe », par les appartenants à des groupes marginalisés, alors que certains d'entre-eux appartiennent à une « 3^{ème} classe ».

L'existence de ces derniers était quasi-ignorée. Pour prévenir le risque de réactions extrêmes de panique, et pour la protection optimale des passagers de « 1^{ère} classe », la communication entre la « 1^{ère} classe » et la « 2^{ème} classe » a été coupée. De quelle manière a-t-on obtenu cette séparation des citoyens dans le cas du sida ? La réponse est donnée par une autre personne de notre échantillon, qui décrit les stratégies de séparation des personnes « à haut risque » du reste de la population générale comme un « processus de séparation du blé de l'ivraie » :

« On tente de parquer les prostituées, les toxicomanes et les immigrés dans des structures... dans des maisons closes, des centres méthadone, centres d'accueil... dans le but de les contrôler... Il s'agit d'un contrôle médico-social. On a tenté la même chose avec les homosexuels se servant de la loi au sujet des maladies vénériennes... or, rien ne s'est finalement passé. Cependant, n'est-ce pas les parquer, les isoler, en réalité, par cette ghettoïsation faite au nom de leur libération, prétendant les protéger ? On dirait, un processus de séparation du blé de l'ivraie... » ADM10

Conformément à la représentation ci-dessus, les limites du risque sont étendues depuis les corps des sujets jusque dans l'espace dans lequel ils évoluent. Ainsi, on crée des espaces « spécifiques » destinés aux les membres à risque de la société. Au début de l'épidémie du sida, il a été question de prise des mesures extrêmes pour la protection des « personnes saines » de celles « malades », telle le placement des séropositifs dans des espaces aménagés sur le modèle du sanatorium (*cf.* « maisons blanches » en Suède). La même différenciation spatiale semble être appliquée dans le cas des séropositifs potentiels (des personnes qui appartiennent à un certain « groupe à haut risque »), qui sont ainsi écartés de la « population saine ». Le transfert des femmes prostituées, des usagers de drogues et des immigrés, de la rue (espace ouvert) dans des maisons closes, des centres d'octroi de méthadone et des centres d'accueil respectivement (espaces fermés) sous-entend une stratégie de séparation et de contrôle. L'espace ouvert est assimilé à l'espace non contrôlé, tandis que l'espace fermé, à l'espace contrôlé. Le contrôle social est réalisé à travers des pratiques médicales (contrôle systématique obligatoire de femmes déclarées victimes des MST aux services sanitaires, contrôle médical pour des maladies infectieuses auprès des usagers de drogues et auprès des immigrés). Dans le cas des homosexuels, le projet de loi de 1977, « portant sur la protection contre les maladies vénériennes et sur les régulations de thèmes connexes », prévoyait, entre autres, le contrôle obligatoire de dépistage des MST pour les homosexuels. Finalement, le projet de loi a été retiré en

raison des réactions qu'il a provoquées. Cependant, la création de « villages » pour homosexuels dans les grandes villes (sous l'initiative des homosexuels eux-mêmes⁶⁶), où l'homosexualité est plus visible dans l'espace public, comme moyen d'intégration dans la culture prédominante, est interprétée par la personne interviewée ci-dessus comme une stratégie politique qui se met au service de la « sécurité » de la population générale. Ces « villages » sont perçus comme des ghettos qui isolent les homosexuels « à risque » de l'ensemble du tissu social.

L'indifférence politique enregistrée à l'égard des groupes sociaux, vus comme une « cause perdue » et en matière d'intervention, considérée comme de « l'huile versée sur le feu » ou de « l'argent jeté par les fenêtres », conduit à l'interprétation de la faible propagation du virus au sein de ces groupes (*ex.* faibles taux de contaminations chez les usagers des substances intraveineuses) comme un événement « fortuit ».

« En Grèce, ils sont peu nombreux (les usagers séropositifs de substances intraveineuses). Ne s'agit-il pas aussi d'un groupe déjà stigmatisé ? Ne sont-ils pas considérés, en quelque sorte, comme “des causes perdues”... ? Donc, perdus d'avance. » ADM10.

« ... même si ce n'en est pas la vraie raison (l'absence de partage de seringues), ce facteur n'a pas été soutenu par d'autres interventions, mais il a été laissé au hasard. C'est pour ça que je pense que c'est une question de chance... » ADM07.

⁶⁶ Selon Brian McNair (2002), en Amérique du Nord et en Europe Occidentale, le mouvement homosexuel a suivi deux directions : a) celle du conflit direct avec les hétérosexuels (par une stratégie d'implosion du genre et de l'identité, telle la « révélation » de l'homosexualité des personnes ayant vécu « cachées » en dépit de leur volonté) et b) celle des efforts d'intégration de l'homosexualité dans la culture prédominante et de sa commercialisation par la création de villages – centres commerciaux pour homosexuels, fondée sur le pouvoir d'achat des homosexuels. Ces approches différentes ont conduit à des confrontations et à des conflits au sein du mouvement homosexuel. Certains homosexuels ont considéré la croissance progressive de la tolérance de l'homosexualité comme une espèce de trahison, préférant maintenir l'attitude de rejet et de colère. Une autre branche du mouvement homosexuel exprimait la tendance à l'intégration sociale, en adoptant des attitudes et des conduites qui étaient considérées socialement acceptables et respectables.

5.2.3. Les scientifiques

5.2.3.1. La parole scientifique

Les scientifiques de notre échantillon avaient été formés soit en sciences biomédicales soit en sciences sociales. La majorité (8/10) étaient des médecins de spécialités différentes, tandis que seulement deux d'entre-eux étaient des scientifiques spécialisés en sciences sociales. Cette surreprésentation des médecins est due au fait que la recherche sur le sida, en Grèce, a été axée sur les sciences biomédicales, au détriment de l'étude des dimensions socioculturelles de l'épidémie, peut-être en raison de l'absence de tradition dans le domaine des recherches sociales, en général, et, plus spécifiquement, dans celui des recherches sociales sur la santé (Agrafiotis et coll., 1997 ; Papathanasiou, 2005). Comme une personne interviewée le souligne, de façon caractéristique, au sujet de la suprématie du monde médical dans le domaine de la prévention du sida : « *Au moins, aussi longtemps que j'étais directeur au cabinet du Ministère, les personnes qui nous ont contacté (concernant des sujets d'enquête sur le sida)... tous provenaient de l'univers médical.* » SCI08. Une autre personne interviewée rapporte : « *Il est intéressant à constater que, dans les congrès sur le sida, sur l'ensemble des congressistes et des thèmes traités, il y a une forte présence de la communauté médicale, les sciences sociales y étant minoritairement représentées. Par conséquent, je pense que même si les scientifiques en sciences sociales, gagnent petit à petit du terrain, les médecins sont, pourtant, majoritaires.* » SCI03.

En entreprenant une comparaison dans le discours des participants sur la base de leur identité scientifique, on dirait que les personnes interviewées provenant de l'univers médical ont tendance à utiliser un vocabulaire stigmatisant plus que leurs collègues en sciences sociales. Plus précisément, les médecins font un usage systématique du terme « groupe à haut risque », à l'opposé des scientifiques en sciences sociales qui utilisent des termes tels que « groupes spécifiques », « groupes sociaux » ou « groupes vulnérables ». En outre, à la question concernant l'existence de groupes qui sont menacés davantage par la contamination par le VIH, les médecins parlent de « groupes à risque », en les nommant, alors que les scientifiques en sciences sociales parlent, en général, de « comportements à risque ». Un autre élément de différenciation entre discours médical et discours social est la perception du sida.

Par exemple, en parlant du sida, les médecins se réfèrent à une maladie corporelle, à un dysfonctionnement organique. D'autre part, les scientifiques en sciences sociales perçoivent le sida comme un fléau social, en s'axant sur les aspects socioculturels de l'épidémie. Les médecins parlent de prévention et de thérapie au niveau de micro-organismes pathogènes, tandis que pour les scientifiques en sciences sociales il est question d'intervention sociale qui combattrait les facteurs psychosociaux qui accroissent la vulnérabilité. Voici deux exemples représentatifs des deux types de discours :

- **langage médical** : « Le sida affaiblit l'organisme. Les malades doivent faire très attention à leur mode de vie. Ils doivent faire attention à leur régime alimentaire, éviter de surcharger leur système immunitaire par des abus comme la boisson, la cigarette etc. et, naturellement, prendre des médicaments... suivre leur traitement thérapeutique de manière régulière et assidue. » SCI09.
- **langage social** : « Le stigmatisme est encore très fort. Et il s'agit là d'un facteur qui accroît la vulnérabilité de l'individu, qui pousse l'individu à... l'adoption des comportements à risque, à l'indifférence à l'égard de sa propre personne. Je pense que la lutte contre le stigmatisme est une des actions les plus importantes pour la prévention du sida, sinon la plus importante. » SCI03.

En approfondissant l'analyse du langage médical, on a localisé certains éléments particuliers qui caractérisent leurs discours. Premièrement, le langage des médecins est ferme et le statut de l'interlocuteur reste omniprésent dans le discours. La personne interviewée n'exprime pas seulement ses opinions personnelles, mais adapte son langage selon une espèce d'ordres informels qui découlent de son groupe d'appartenance professionnelle. Il ne parle pas « en tant que X », mais « en tant que médecin » (« *Moi je vous ferais un inventaire, car, en tant que médecin,...* », « ... parce que, en tant que médecin, j'utilise toujours le critère de la sincérité. » SCI02). Alors qu'en tant qu'individu, il peut être d'accord sur quelque chose, en tant que médecin il peut avoir des opinions divergentes (« *J'ai, cependant, des opinions divergentes en tant que médecin...* » SCI02). Le médecin parle en représentant d'un groupe social spécifique, de sorte que le « moi » soit reflété à travers le « nous » et inversement (« *Moi, en tant que médecin, j'ai toujours opéré...* » SCI10, « *Je crois que le monde médical a répondu [...] nous avons répondu...* » SCI04). Le « moi » et le « nous » sont connexes et interdépendants l'un de l'autre. Les deux notions se chargent réciproquement de poids positif ou négatif. Si les médecins, en général, sont bons, alors l'interlocuteur est également bon (« *Le médecin grec a de la sensibilité...* » SCI04, « *Moi, je suis médecin...* » SCI01). D'autre part, la figure du

médecin est présentée comme une partie intégrante de la société grecque, dont les opinions et les croyances sont influencées par le cadre culturel et se reflètent dans les croyances de la moyenne de la population (« *C'est quoi le médecin ? Le Grec moyen.* » SCI04).

Face au VIH/sida, vu comme une menace du corps biologique (objet d'étude et d'intervention de la science médicale), les médecins se tiennent sur la défensive, si cette expression nous est permise. Ils argumentent dans une tentative de justifier les attitudes et les comportements du personnel infirmier, mais, également, en faisant l'apologie de la contribution de la médecine à la prévention du « mal » (« *Au début, les quelques réactions de la part des médecins et du personnel hospitalier étaient justifiées, compte tenu de l'ignorance concernant la maladie.* » SCI09, « *À partir de rien, nous avons réussi, dans un bref délai, à obtenir des médicaments, en particulier des médicaments pour combattre une maladie qui était mortelle et en faire une maladie chronique... des médicaments qui ont modifié son caractère... incontestablement, c'une grande conquête de la médecine.* » SCI04, « *Je dirais que j'ai contribué à cet effort par un taux sérieux...* » SCI02).

Un autre élément révélé par le langage médical est celui du « devoir professionnel ». Le médecin doit et se doit d'opérer sur la base de règles formelles et informelles qui régissent la fonction médicale (« *Parce que moi j'exerce la profession de médecin, j'ai prêté serment de servir l'homme, d'offrir mes services à ses besoins selon les circonstances...* » SCI02, « *Le médecin est obligé de garder le secret médical... Le médecin est également obligé de prodiguer des soins aux patients atteints du sida sur la base des règles de la science.* » SCI04).

Mais, ce devoir lié à l'exercice de la médecine se limite-t-il aux seules pratiques cliniques concernant le diagnostic du facteur pathogène et l'intervention chimique, dans le but de la guérir (rétablissement de la situation initiale) du corps malade ? Indubitablement, la médecine joue parallèlement un rôle de contrôle social. Quelquefois, le médecin « se laisse entraîner » et « se démarque » du côté purement clinique de son travail, accomplissant des devoirs de « contrôleur social ». Comme le rapporte de façon caractéristique un médecin interviewé : « *Je me laisse entraîner et je consacre plus d'une demi-heure de la consultation médicale à l'examen du mode de vie du patient (du sida), dans une tentative de comprendre s'il prend ou non des mesures de protection.* » SCI01.

Les médecins parlent selon leurs expériences vécues. Ils puisent les données qui structurent leur discours dans la pratique clinique. Ils remontent dans leurs souvenirs (« *je me rappelle...* », « *Je n'oublierai jamais...* »), ils partagent des expériences (« *lorsque j'étais...* »), expriment des pensées et des sentiments (« *Ce qui me préoccupe souvent...* »), ils rapportent des incidents qui pourraient servir de cas d'étude (« *il y avait un incident au sujet d'un patient...* »).

D'autre part, les scientifiques en sciences sociales arborent le rôle de l'observateur. Leur critique est le résultat de « l'observation » (d'une méthode qualitative en sciences sociales) et, en particulier, on peut dire, de « l'observation participante » (« *j'observe...* », « *d'après ce que j'ai vu...* »).

5.2.3.2. Risque versus vulnérabilité

À la question concernant les groupes des populations les plus menacés par le VIH, les personnes interrogées ont donné les réponses suivantes :

- a) Immigrés : 2 personnes
- b) Homosexuels : 1 personne
- c) Usagers de substances intraveineuses : 1 personne
- d) Homosexuels, usagers de substances intraveineuses et multitransfusés : 2 personnes
- e) Femmes hétérosexuelles : 1 personne
- f) Personnes qui ne prennent pas de mesures de précaution : 2 personnes

À partir de ces réponses, on constate que « vulnérabilité » et « groupe à haut risque » coïncident. Le terme « groupe à haut risque » englobe les populations stigmatisées en premier lieu. Sur ce point, il faudra souligner que le terme « groupe à haut risque » et son lien avec des populations spécifiques étaient présents dans le discours de la plupart des personnes interviewées (7/10) d'une manière spontanée, avant que le chercheur ne pose la question correspondante. En outre, la réponse spontanée, donnée par la moitié des personnes interviewées, lorsqu'elles ont été interrogées sur l'existence de groupes qui courent un plus grand risque de contamination, présente un intérêt particulier. Cinq personnes sur dix (5/10) ont répondu spontanément : « *bien-sûr qu'il en existe* » (variantes : « *assurément il en*

existe», « *certainement* », « *oui, bien sûr* », « *il en existe sûrement* »). La formulation de la réponse met en évidence leur certitude de la vérité de leur déclaration. Les personnes interrogées semblent convaincues que le risque du sida est lié à des populations spécifiques, en dépit de la mention « le sida nous concerne tous » sur les brochures officielles informatives, rédigées par des scientifiques.

5.2.3.3. Le cadre normatif comme « filet de sécurité »

Pourquoi donc, en dépit des affirmations rassurantes officielles, selon lesquelles « le sida ne fait pas de discriminations en ce qui concerne le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, la race »⁶⁷, cette maladie reste invariablement liée à des groupes spécifiques ? Quel est, donc, ce facteur qui rend le sida plus dangereux pour certaines personnes ?

Selon la réponse donnée par certaines personnes de notre échantillon, il s'agirait du « cadre ». Selon la psychologie, le terme de « cadre » fait référence à des relations délimitées et à des situations qui aident à la stabilisation mentale de l'individu. Le cadre est indispensable tant pour les relations entre le thérapeute et le patient que pour toute relation sociale du sujet. Mais, qu'entendent-elles, en réalité, les personnes interviewées qui utilisent le terme « cadre » en se référant à la dangerosité de contamination par le VIH ? Nous avons tenté d'approfondir la notion, afin de déstructurer et d'en mettre en évidence les significations lui donnant un sens fonctionnel ; par la suite, nous avons procédé à la catégorisation des notions de base qui, dans le langage des personnes interviewées, sont liées avec le terme « cadre ». Voici, donc, le Tableau 5.4 comportant des mots et des phrases groupés.

⁶⁷ Formule tirée d'une brochure grecque d'information sur le sida.

cadre	manque de cadre
<i>les choses sont différentes dans la vie</i>	<i>exposés</i>
<i>boussole</i>	<i>risque</i>
<i>délimitation</i>	<i>sida</i>
<i>ne pas tout essayer</i>	<i>maladies sexuellement transmissibles</i>
<i>ne pas avoir de rapport sexuel quelques soient les circonstances</i>	<i>problèmes sexuels</i>
<i>morale</i>	<i>mauvaise habitude</i>
<i>maturité</i>	<i>morale de client de supermarché</i>
<i>précaution</i>	<i>dangereux</i>
<i>monogamie</i>	<i>ne pas s'intéresser à sa propre vie</i>
<i>fidèles</i>	<i>(ne pas s'intéresser) aux partenaires</i>
<i>organiser leur vie sur des valeurs stables</i>	<i>ouverts</i>
<i>(organisent leur vie) sur des structures sociales stables (mariage, famille)</i>	<i>malaise</i>
<i>fertilité</i>	<i>alternance de partenaires</i>
<i>le sexe en tant que délimitation sévère dans la société</i>	<i>luxure</i>
<i>stabilité</i>	<i>passion</i>
<i>satisfaction</i>	<i>Instabilité</i>
	<i>agressivité</i>
	<i>spectre chaotique</i>
	<i>excentrique</i>
	<i>réactionnaire</i>
	<i>insensiblement</i>
	<i>conséquences</i>
	<i>méchanceté</i>
	<i>peur</i>
	<i>contradiction</i>
	<i>désorganisation</i>
	<i>vindictif</i>

Tableau 5.4 : Significations du « cadre »

Sur la base du Tableau ci-dessus, on observe que le cadre se réfère aux normes, aux règles et aux valeurs. Ce terme ne peut pas être compris au-delà de la morale. Et c'est précisément cette morale qui fixe les limites entre le « bien » et le « mal », « l'inoffensif » et le « danger », « le profit » et « le préjudice ». Cette délimitation sert à l'individu comme une « boussole », pour naviguer en sécurité dans la vie. En outre, elle fixe, pour l'individu, un environnement de stabilité, condition sine qua non pour la construction d'un tissu social de protection. L'adoption d'un cadre conduit au développement personnel et à la maturité, à la santé et au bonheur. La maturité morale conduit à la protection de l'individu contre le sida, par le biais de la fidélité dans la relation conjugale monogame, ayant pour objectif le mariage et la

reproduction de l'espèce (institution sociale et mission sociale). L'individu ne cherche pas à avoir de différentes expériences, ne prend pas de risque, n'expérimente pas. Il avance dans sa vie avec sécurité en se fixant un cadre qui fonctionne comme une carte d'orientation (« *Sans ce cadre, c'est naviguer dans la vie sans boussole. Donc, on est exposés au sida et à d'autres maladies sexuellement transmissibles, à n'importe quelle autre mauvaise habitude et à des problèmes liés au sexe.* » SCI01).

Par contre, le manque de cadre – en substance, la désobéissance aux règles sociales – est assimilé au risque et au danger. Le manque de cadre équivaut à un manque de valeurs morales. L'individu, tel un client de supermarché faisant ses emplettes, professe ladite « morale de supermarché », une morale dangereuse l'exposant à une multitude de dangers, dont le sida et les MST. « La morale de supermarché » est liée à la consommation et au libertinage : alternance fréquente de partenaires sexuels, sexualité débridée. L'individu est guidé par la luxure, et se laisse porter par le désir et la passion.

« Si on poserait la question “pourquoi changes-tu si souvent de partenaires ?”, à une jeune fille, elle répondrait “mais tout le monde en fait autant!”. C'est une morale de la majorité, une morale dangereuse. Il existe aussi une morale encore plus dangereuse, une morale de “client de supermarché” comme nous l'appelons, selon laquelle chacun met dans son panier n'importe quoi et se façonne une morale selon ses désirs. La morale de “client de supermarché” est une morale sans cadre. » SCI01.

Ces éléments créent un milieu chaotique qui désorganise et déstructure l'individu. Cette déstructuration débouche sur la création d'un sentiment de malaise et d'indifférence concernant la protection de soi-même et d'autrui. L'individu vit dans l'instabilité et la contradiction. Cette situation structure également son profil psychologique : « mauvais », « excentrique », « réactionnaire », « insensible » (« *Ce sont des individus [les homosexuels] très vindicatifs, excentriques, très réactionnaires, horriblement insensibles, c'est ce qu'on voit aussi à la télé...* » SCI01).

Ces qualifications sont attribuées aux groupes pré-stigmatisés qui ont été liés au risque de propagation du sida. Du fait que ces groupes fonctionnent hors du cadre (social), ils se trouvent englobés face au risque de contamination (« *Une fois encore, on parle d'un groupe [personnes se livrant à la prostitution] qui est hors du cadre. Qui présente, voyez-vous, des éléments communs avec les groupes que je viens de*

citer [homosexuels, usagers de drogues]. » SC101). La vulnérabilité n'est pas exclusivement liée, donc, ni avec des facteurs biologiques (ex. muqueuse sensible) ni même des facteurs sociaux (ex. mauvaise image de soi en raison du stigmaté). La vulnérabilité prend ses racines dans la morale, elle s'appuie et se développe autour de l'axe de la morale. D'une part, la morale (respect aux règles de conduite communément acceptables) protège et, d'autre part, l'immoralité incite l'individu au risque et à la destruction.

5.2.3.4. Bonnes et mauvaises infections, bons et mauvais malades

Dans l'histoire du sida, le médecin figure parmi les personnes qui ont joué un rôle important aussi bien dans la discrimination initiale de la maladie comme étant « particulière » que, par la suite, dans sa normalisation (Papathanasiou & Agrafiotis, 2005). Comme le notent les scientifiques ayant étudié l'évolution socio-historique de l'épidémie (Grmek, 1989 ; Setbon, 1993 ; Epstein, 1996 ; Thiaudiere, 2002), le sida apparaît comme une maladie « marginale », traitée par des médecins qui se considèrent eux-mêmes comme des « marginaux » dans le champ médical. Selon la confession d'un médecin interviewé lors de notre recherche : « *Je n'oublierai jamais l'attitude de mes collègues me voyant dans le couloir et évitant de me saluer... de peur d'être contaminés par une simple poignée de mains.* » SC110. Conformément aux recherches ethnographiques de Plexoussaki et Giannakopoulos (1996), concernant le sida en Grèce, la représentation prédominante à propos de l'hôpital est qu'il s'agit d'un espace à haut risque, d'un environnement d'infection. L'isolement des patients (Unités des infections spéciales : MEL) « délimite les termes “dans”, “hors” et “ici” »(Plexousaki, 2000, p. 114) . Ces mêmes caractérisations séparatives utilisées par les malades du sida étaient également appliquées à leurs médecins traitants. Isolés eux-mêmes par leurs collègues dans des ailes de bâtiments spéciaux, les médecins qui travaillaient dans le domaine de la lutte et de la prévention contre le sida, constituaient un groupe « marginal » dans l'hôpital (« *Nous, les médecins exerçant dans le domaine du sida, nous étions en quelque sorte des médecins marginaux.* » SC110). La réaction subjective joue un rôle important dans l'expression d'attitudes face au sida, où les croyances et les convictions personnelles de l'individu influencent le degré d'approbation (Sim, 1992). Le sida est « une mauvaise » infection, puisqu'il est lié à un « mauvais » sujet (en raison de son mode de vie anti-

conventionnel), c'est également la raison pour laquelle les médecins l'évitent par peur ou par mépris (*« En dépit, également, de l'existence d'autres infectiologues qui ne voulaient pas s'en occuper, considérant le sida comme une maladie marginale. »* SC110).

Or, que font – et, surtout, qu'ont-ils fait aux débuts de l'épidémie – les médecins pour soigner le sida, une maladie contagieuse et marginale « particulière » ? Selon un médecin interviewé, soigner le sida peut être vu également comme un « devoir moral ». La fonction médicale elle-même constitue un devoir moral envers autrui, qui que ce soit, conformément au serment d'Hippocrate, traditionnellement prêté par les médecins en Occident. La « conscience » est celle qui guide le médecin et le détourne du mépris à l'égard du sida.

«À mon retour au pays, en 1986, j'avais déjà suivi des malades du sida en Angleterre, mais en outre, je considérais immoral de ma part de distinguer les infections en bonnes et en mauvaises. Donc, étant donné que je possédais le *know how*, que j'avais une connaissance scientifique au sujet des infections, il serait immoral de ma part, en tant qu'individu, en tant que médecin, en tant que personnalité, de ne pas soigner aussi le sida. C'était une question de conscience... » SC110.

La vulnérabilité personnelle du médecin face à la maladie était une raison de plus pour soigner le sida. Selon plusieurs recherches, nombreux médecins, parmi les premiers qui se sont occupés des séropositifs et des patients atteints du sida, appartenaient eux-mêmes au groupe d'homosexuels, un groupe qui était affecté en particulier par le nouveau « fléau ». Par conséquent, dans leur cas, hormis un intérêt strictement scientifique, il y avait également une implication personnelle du sujet (*« Probablement, certains [médecins] se sentaient plus concernés par la menace en tant que personnes, étant eux-mêmes homosexuels. »* SC110). Dans les pays du monde occidental, on observe une mobilisation de médecins homosexuels pour la lutte et la prévention contre le sida, investis même d'un rôle de « médiateur » entre la communauté médicale et la communauté homosexuelle concernant des questions de gestion de la différenciabilité. En France, par exemple, comme Claude Thiaudière le souligne (2002, p. 14) : « ... les médecins gays jouent un rôle médiateur entre le mouvement homosexuel et les cliniciens, et seront les premiers à alerter la communauté des risques encourus ». Cependant, en Grèce, où le stigmatisme de l'homosexualité est très pesant, comme on l'a vu dans la présente recherche, et où le mouvement homosexuel reste très faible, les médecins homosexuels n'ont pas joué le

même rôle (au moins, socialement visible). Une personne interviewée rapporte un événement qui en dit long :

« Lors du mandat de Mme Giannakou au Ministère de la Santé aux débuts des années 1990, on a fourni bien des efforts. Nous avons conçu des actions similaires à celles des autres Européens et des Américains, de trouver deux – trois médecins homosexuels, désireux de parler de questions liées au sida, de prendre des initiatives pour mettre en évidence l'importance cruciale de ce problème qui nous concerne tous et, bien entendu, les assister dans leur tâche... c'était ma propre proposition, de leur accorder une rémunération trois fois plus élevée de leur salaire pour qu'ils se concentrent exclusivement sur la tâche qui leur serait assignée etc. ; il faudrait qu'ils soient dévoués à celle-ci et nous pensions même qu'il serait utile de leur discerner un prix national pour les services rendus, pour qu'ils soient moralement et culturellement acceptables et certifiés. Comme ça, ils pourraient travailler en paix, il aurait été difficile de déranger quelqu'un qui a obtenu les honneurs nationaux. Donc, le plan était formidable, pour la première fois on aurait présenté ce groupe de la meilleure manière qui puisse exister. Ces trois personnes auraient été sélectionnées par le gouvernement, présentées à la télévision pour sensibiliser les gens sur la lutte contre le sida... cette lutte concerne tel groupe, ces trois personnes seront des "chefs" et le gouvernement les nomme, les présente, leur octroie un salaire, leur discerne le prix et les laisse faire. Après dix-quinze jours, on m'appelle pour me mettre au courant que personne n'accepte de se mettre en avant pour témoigner... et c'était une grande déception. Personne ne voulait dire "vous savez, je le suis... (homosexuel)". » SCI08.

Au-delà des initiatives humanitaires pour l'implication des médecins dans la recherche médicale sur le virus et le traitement de la maladie, mais, également, sur les soins prodigués aux séropositifs et aux malades, dans le cas de certains médecins ambitieux, intéressés par des biens symboliques et matériels, le sida constitue une maladie qui a fonctionné comme un pôle d'attraction, tel « l'aimant », comme le dit de façon caractéristique une personne interviewée.

« Pour certains, le sida a été l'occasion d'acquérir un statut professionnel, mais également un objet de travail lucratif. C'était comme une pierre d'aimant pour toute personne désireuse de d'honneurs et de récompenses matérielles. » SCI10.

5.2.3.5. Sexualité et altérité

Comme nous avons déjà vu, d'après Carole Vance (1989) la sexualité constitue un produit culturel. La sexualité ne se résume pas aux seules pratiques et techniques

du corps ; elle est structurée sur des normes sociales et est appréciée sur la base de valeurs morales.

« *En principe, je crois que l'homosexualité est associée à un autre mode de vie.* » (SCI02), dit une personne interviewée. On remarque, donc, que la sexualité est associée aux modes de vie et aux comportements sociaux. Lorsque le comportement social et le mode de vie sont conformes aux normes communément acceptables, la sexualité est considérée comme quelque chose de « moral » et de « légal ». Dans le cas contraire, elle est perçue comme quelque chose d' « immoral » et d' « illégal ». Comme un autre interviewé le souligne, « *la sexualité et la morale sont traditionnellement liées l'une à l'autre, par un maillon qui, à l'heure actuelle, ne peut être brisé d'un seul coup.* » SCI01.

Dans notre analyse des entretiens, nous avons constaté que la sexualité est considérée selon deux catégories : a) la sexualité *saine*, et b) la sexualité *pathologique*. D'une part, la sexualité « saine » est liée à la sexualité du grand nombre, de la majorité sociale, caractérisée par sa mission procréatrice ; la sexualité saine, donc, a une utilité sociale (« *La race humaine opère selon deux grandes valeurs. D'une part, la sexualité et, d'autre part, la fécondité.* » SCI02). La sexualité « pathologique », d'autre part, est celle de « l'autre », de « l'être différent », du « socialement minoritaire ». Cette sexualité liée au plaisir et à la luxure n'a aucune utilité sociale. Le premier type de sexualité correspond à l'adoption d'un cadre social de principes, comme analysé ci-dessus, tandis que le second, au manque de cadre.

L'homosexualité est un exemple caractéristique de ce second type de sexualité. Dans le langage des personnes interviewées, nous avons localisé des perceptions stéréotypées sur l'homosexuel, vu, par exemple, comme une personne sentimentalement désorganisée aux relations sexuelles instables, guidée exclusivement par la passion érotique.

« Ils sont plus ouverts dans leur vie sexuelle. Regardez les homosexuels! Ils ne supportent pas la monogamie /.../ l'homosexuel prédominant est mû par son besoin de plaisir. C'est-à-dire, je pense que leur investissement sentimental est faible dans leurs relations affectives, qu'ils opèrent selon leurs seuls désirs sexuels. C'est la raison pour laquelle les homosexuels sont très jaloux et très passionnés, et ces traits caractérisent également leurs relations. C'est pourquoi ils sont d'une instabilité plus grande, parce qu'ils n'ont pas de variables stables pour assimiler la relation. C'est-à-dire que, déjà, les homosexuels sont rarement fidèles à leur partenaire. » SCI02.

L'hétérosexualité, caractérisée par stabilité et la fidélité se situe aux antipodes de ce type de sexualité « dissolue » :

« De nos jours, il existe un grand nombre d'hétérosexuels monogames, qui ne recherchent pas de rapports sexuels extraconjugaux, de relations sexuelles multiples. Prenons l'exemple en termes de contacts mixtes. C'est-à-dire un hétérosexuel a tout au plus 5-10 relations avant d'arriver à un mariage stable. L'homosexuel, lui, il en aura plus de 40-50 rapports. » SCI02.

Ces deux formes de sexualité se développent dans des espaces différents. Dans l'extrait ci-dessous, on observe que l'espace est perçu comme une construction sexualisée. Le bar pour homosexuels, dans le cadre duquel s'exprime l'homosexualité, est considéré comme un espace caractérisé par une expression sexuelle intense. L'espace est lié à un type spécifique de quête de relations sexuelles éphémères et impersonnelles, appelé ledit « consommateur de plaisir ». Non conforme aux normes de la sexualité hétérosexuelle socialement acceptable, cette expression sexuelle est qualifiée de « débridée », quoiqu'elle ait lieu dans un espace « privé », clos et ghettoisé.

« Les bars pour homosexuels ont été créés dans ce but... Ce sont des lieux de drague, de chasse sexuelle ; leur vie sexuelle est associée à ce mode de communication. On va me rétorquer qu'il existe également des bars pour hétérosexuels, mais ceux-ci n'offrent pas la même image. En effet, le bar pour homosexuels fonctionne comme un lieu d'assouvissement des désirs sexuels, où l'on exprime ouvertement sa sexualité, où l'on peut se montrer, donc, ouvertement provoquant. » SCI02.

Le développement d'une communication fondée sur des symboles et des codes, qui caractérisent les groupes socialement méprisés et stigmatisés agissant en marge de la société, constitue un élément culpabilisant qui est lié à « l'espace à risque ».

« L'adoption des formes de communication qui leur sont propres, c'est-à-dire le foulard à droite ou le foulard à gauche, la chasse sexuelle dans ces endroits, ce n'est pas par hasard /.../ les homosexuels associés à cette attitude sexuelle ouvertement provocatrice et à ce spectre chaotique de choix sexuels, sont exposés davantage au risque de la contamination. » SCI02.

Cependant, dans ce groupe on rencontre également des exceptions (« *Je ne dirais pas que cette attitude est adoptée par tous les homosexuels, loin de moi cette idée ! Il existe des homosexuels qui ont un profil bas, très sérieux et qui ont développé un autre mode de vie.* » SCI02). Quel est, donc, cet « autre mode de vie » adopté par certains homosexuels qui les distingue des autres et les incite à devenir des « citoyens

responsables » ? C'est la même personne qui nous l'explique, à partir des exemples tirés de son expérience clinique :

« J'ai travaillé avec de plusieurs personnes qui m'ont demandé de les faire sortir de cette situation. C'est une tâche très difficile, quasi-impossible, si l'on veut être francs – moi, en tant que médecin, j'ai toujours eu pour principe la sincérité, c'est ce qui me caractérise, je crois. Je n'ai pas réussi à convertir un homosexuel en un vrai hétérosexuel. Pas un seul. Je dirais que j'ai contribué, réussissant un taux sérieux, à la conversion des personnes ayant, toutefois, un substrat, non d'une sexualité chaotique, mais qui sentaient le besoin d'organiser leur vie sur des variables stables des valeurs et des structures sociales. Ainsi, certaines personnes ont fini par se marier et avoir des enfants. Sans pour autant abandonner les pratiques homosexuelles dans leur vie sexuelle "secrète" ; cependant, j'ai réussi un score élevé, parce que nombreuses personnes ont réussi à modifier remarquablement leur penchant homosexuel. » SCI02.

Conformément à la représentation ci-dessus, d'un point de vue clinique, l'homosexualité est considérée comme une situation particulièrement difficile, en ce qui concerne la réorientation du désir vers l'hétérosexualité. Le soin et l'effort d'organisation de la vie sur la base de « valeurs sociales stables » sont vus comme des éléments de base du succès de la conversion. Il s'agit, donc, d'un processus de conformité sociale. Comme l'écrit Papastamou (1989b), pour que le contrôle social s'exerce efficacement et sans entraves, les personnes doivent avoir les mêmes valeurs, doivent obéir aux mêmes normes et utiliser les mêmes critères. Les normes et les valeurs sociales ne sont pas produites sur la base du système d'autogestion, mais proviennent ou / et sont imposées par la majorité ou par l'authenticité.

Par conséquent, pour qu'une personne (homosexuelle) opère le « changement » (même s'il s'agit de changement partiel – temporaire), qui lui permet d'avoir accès aux droits et privilèges qui ne lui étaient pas octroyés auparavant (la reconnaissance juridique de la relation et la naissance – adoption d'un enfant), il est nécessaire qu'il adopte les mêmes valeurs que la majorité (hétérosexuels). Le mariage et la naissance – adoption d'un enfant sont considérés comme des biens et comme des privilèges symboliques, attribués exclusivement aux membres du groupe d'hétérosexuels, et structurent « l'hétérosexisme ». Seul un homosexuel repentini qui adopte les valeurs hétérosexuelles peut avoir accès aux privilèges de ce groupe, comme seul un chrétien ayant reçu le baptême a le droit de participer aux mystères de l'Église. Cependant, en opposition avec le droit écrit, les normes et, plus généralement, les valeurs sociales sont de nature coutumière (non écrites) et sont

assimilées par chaque personne jusqu'à un certain degré. La diffusion des valeurs et des règles socialement acceptables se fait au moyen de l'éducation formelle, qui est, par excellence, le mécanisme de reproduction et de légitimation de l'ordre social établi. Par conséquent, l'aptitude d'un enseignant pour l'éducation sexuelle de ses élèves dépend de son adhésion aux valeurs qu'il est appelé à transmettre.

« Je pense que les personnes les plus compétentes en éducation sexuelle seraient des éducateurs venant de différentes spécialités. /.../ toutefois, sur la base d'une sélection. Un choix effectué, non pas selon la logique d'exclusion des groupes des professeurs présentant certaines caractéristiques sociales ou comportementales. Je ne sous-entends pas qu'un homosexuel serait une personne indésirable, loin de moi cette idée ! Je pense, pourtant que les personnes les plus appropriées seraient des enseignants mariés, ayant eux-mêmes des enfants. » SCI01.

Vu sous l'optique de la revendication de biens symboliques qui sont accordés aux hétérosexuels « distincts », le combat actuel du mouvement homosexuel pour l'acquisition du droit au mariage et du droit à l'adoption se présente comme une tentative de réussir la respectabilité et l'intégration sociale. Comme, d'ailleurs, le stipulent Tajfel et Turner (1979), les conflits entre les groupes, se manifestant par l'implosion des exogroupes et la démonstration d'une attitude en faveur aux membres de l'endogroupe, sont le résultat de réalités symboliques aussi bien que matérielles.

Le même traitement est également observé en ce qui concerne la sexualité des immigrés. Tout comme l'homosexualité, la sexualité de « l'étranger » est caractérisée par une pratique sexuelle « débridée ». La culture différente (culture nationale) ou / et la sous-culture (*ex.* la sous-culture homosexuelle) sont autant de facteurs qui font considérer la sexualité de l'autre comme « bizarre », « déviante », « débridée ».

« J'ai travaillé sur le cas des Albanais, jusqu'à un certain niveau. Des groupes extrêmement conservateurs et repliés sur eux-mêmes. Cependant, leur sexualité est bizarre, bien provoquant. Alors qu'ils sont très conservateurs, leur sexualité est très débridée. C'est une curieuse contradiction. C'est-à-dire que leur sexualité est strictement délimitée par leur société, mais ils ont une conception très ouverte de l'expression de leur sexualité. Lorsqu'ils parlent de sexe, ils utilisent un langage ordurier. » SCI02.

5.2.3.6. Mauvaise image de soi – tendances d'autodestruction et de vengeance

La « mauvaise image de soi » figure parmi les caractéristiques communes des personnes socialement dépréciées et marginalisées, rapportées par notre échantillon. La mauvaise image de soi est interprétée en termes cliniques comme une psychopathologie (égo-dystonie⁶⁸), se manifestant à travers les symptômes d'un malaise moral et le développement de tendances autodestructrices. Sous le prisme de ces tendances autodestructrices l'adoption de pratiques sexuelles dangereuses est également interprétée par les personnes séronégatives, puisque la non conformité au traitement thérapeutique de la part des personnes séropositives. Tant pour les homosexuels que pour les usagers de drogues, il existe une représentation de la personne « mentalement déviante », qui constitue un danger tant pour sa propre personne que pour les autres. La personne socialement et mentalement déviante est vue comme un citoyen immature et irresponsable qui met en danger la société et qui est responsable de la transmission du virus à des victimes « innocentes ». La responsabilité est attribuée à des causes internes (personnalité) et non pas aux conditions de l'environnement ou à des événements fortuits. Par conséquent, l'individu minoritaire est considéré entièrement responsable (responsabilité exclusive) du risque encouru par la majorité.

Homosexuels :

« À mon avis, la plupart, je dirais même la large majorité des homosexuels, traverse une phase d'égo-dystonie. Ils traversent, donc, une phase de malaise concernant leur homosexualité, qui se manifeste aussi de cette manière, celle de ne pas s'intéresser à leur propre existence, à leurs partenaires etc. Je pose toujours, et souvent non seulement aux personnes qui viennent ici en tant que porteurs du virus ou de toute autre maladie, aux homosexuels en général avec lesquels je discute, la question de la précaution, pour savoir si ça les concerne ; je constate que c'est n'est pas leur souci majeur. On suppose qu'ils sont tous informés, qu'ils en sont tous soucieux ; pourtant, ils restent tous, même ceux qui ont une très bonne éducation, particulièrement exposés, en alternant les partenaires. En ce qui concerne cet aspect du problème, je ne vois pas la sensibilisation que l'on espérerait de la part d'un citoyen mature.

⁶⁸ Conformément au DSM-III, l'homosexualité concerne la psychiatrie seulement en cas d'égo-dystonie, c'est-à-dire lorsqu'on se sent mal d'être attiré physiquement par des individus du même sexe, lorsqu'on ne se sent pas normal et qu'on demande de l'assistance psychiatrique pour changer (cf. Chartokollis, 1986).

Par ce comportement, ils mettent en danger la société entière, mais, aussi, des personnes innocentes d'une quelconque contamination. » SCI01.

Usagers de drogues :

« Quant aux toxicomanes, je pense qu'il existe une autre dimension à considérer, celle de l'image, du souci et de l'affection de soi. À savoir que, dans leur démarche autodestructrice, le souci de soi joue un rôle assez faible, leur plus grand problème étant la consommation de drogues et non pas le sida, c'est-à-dire que, par rapport à ce problème, le sida est secondaire. C'est pour cela – vous le remarquerez à un niveau élevé – que les toxicomanes atteints par le sida n'observent pas régulièrement leur traitement antirétroviral, la non-assiduité au traitement étant le résultat de leur mode de vie. » SCI01.

Le séropositif est considéré comme une personnalité obscure qui cherche à se venger ce qui lui est arrivé, en propageant la mort autour de lui. Il a le profil du « meurtrier en série » (serial killer), selon la norme des producteurs de films d'horreur hollywoodiens, qui vit « dans la méchanceté et la peur ». Les personnes atteintes par le VIH/sida sont perçues comme un groupe minoritaire uniforme et compact dont le but est d'accroître son influence sociale par l'intégration d'autres personnes au sein du groupe des maladies du sida⁶⁹ (« *Nous, on n'est pas assez nombreux, on va élargir le cercle.* » SCI02). Interprété sur la base du stéréotype du séropositif vindicatif, même un accident (*ex.* la rupture du préservatif) pendant l'acte sexuel entre un séropositif et un séronégatif ne serait pas fortuit.

« En discutant avec ces gens, je n'en ai vu aucun de particulièrement sensibilisé et de particulièrement informé, au moins en ce qui concerne le domaine de la prévention du reste de la population. » SCI01.

« Alors qu', en Amérique, une étude a montré, qu'en 1986, lors du dépistage de nombreux séropositifs au moyen du test d'embauche obligatoire... ces personnes ont multiplié par vingt leurs aventures sexuelles, dans le but de propager le virus. N'ayant pas absorbé ce premier choc de la maladie par voie sexuelle, peut-être, ils se sont dit "nous, on n'est pas assez nombreux, on va élargir le cercle". Peut-être, avaient-ils besoin d'acquérir d'autres alliés guidés par la méchanceté et la peur de ne pas être les seuls contaminés. » SCI02.

« Je pense que le plus difficile c'est ce qu'en psychologie on appelle « les parataxies ». C'est-à-dire, alors qu'on a tout ce qu'il faut en matière de précautions, il se passe quelque chose d'imprévu, un accident de préservatif, on se trouve exposé ; dans un cas pareil, on ne peut

⁶⁹ On retrouve un raisonnement analogue à l'époque de la peste. Comme G. Fabre (1998) le note, « lors des accusations d'empoisonnement portées contre les lépreux au milieu du XIV^e siècle, on rend responsables ces derniers de répandre la peste au motif qu'ils cherchaient à se délivrer de leur mal en le transmettant à d'autres ».

jamais mesurer la part de responsabilité, c'est-à-dire si l'autre n'était moins attentif, s'il a été un peu négligeant, s'il l'a fait par vengeance, personne ne peut savoir ce qui s'est réellement passé. » SCI03.

De telles genres de représentations, projetées aussi bien par les médias que par les experts chargés d'informer officiellement la population, débouchent sur la construction d'une mauvaise image publique du séropositif, accroissant sa vulnérabilité à cause de la création d'un climat de non acceptation et d'exclusion.

« ... l'image du séropositif qui s'est vengé sur dix autres personnes, c'est-à-dire le fait de présenter une telle image du séropositif, ancrée, bien entendu, dans l'inconscient collectif n'est pas facilement gérable ; je me souviens, en particulier, le cas de certains objectant "ceux-ci, ils veulent nous contaminer, contracter la maladie aux autres, car nous avons entendu dire..." » SCI03.

5.2.3.7. L'origine ethnique comme facteur à risque

Claudine Herzlich (1995, p. 173) soutient que « l'étude des représentations sociales est tout d'abord révélatrice pour que nous comprenions de quelle manière certains problèmes sont projetés dans une société, le genre de mobilisation que peuvent provoquer, les compromissions et les discussions qui se décristent autour de ceux-ci ». En interrogeant les experts en santé publique à propos du sida et des immigrés, ceux-ci nous ont parlé de l'immigration et de ses dimensions sociopolitiques (la même approche a également été observée lors de nos entretiens avec les hommes politiques). Lorsqu'on parle de santé et de maladie, en réalité on parle de valeurs, d'idéologies, d'identité, de groupes d'appartenances, de relations intergroupes.

Le sida révèle, de la manière la plus évidente, divers problèmes sociaux ainsi que les facteurs de vulnérabilité du système politique. Par exemple, dans le cas, des immigrés, la prévention de la propagation du VIH a été directement liée aux choix politiques pour le mode de prévention des immigrés dans le cadre de la société nationale. Le virus du sida a engendré une concertation au sein de l'opinion publique en matière de race, d'ethnicité, d'identité, de religion, de traditions, de mœurs et de coutumes, d'héritage socioculturel. D'ailleurs, il a été prouvé que la vulnérabilité au VIH n'est pas liée au pays d'origine, mais aux conditions de séjour dans le pays de transit (Kane et al., 1993 ; Decosas, 1996 ; Fennema et al., 1998). Ainsi, pour la

prévention du sida on se pose la question suivante : « Quelle politique suivre au sujet de l'immigration ? ». Le trilemme social se formule comme suit : assimilation, tolérance ou intégration ?

« D'une manière générale, il n' a jamais existé une politique d'immigration en Grèce. Nous nous sommes retrouvés face à ce phénomène, connu de tous, celui de passer, d'un coup, d'un taux 0% d'immigrés à 10% d'immigrés, alors que la société grecque n'est pas disposée à accueillir autant d'immigrés, surtout dans un laps de temps aussi court ; bref, tous ces immigrés venant d'horizons différents, principalement des Balkans et de l'Albanie, ont contribué sans doute à la croissance économique du pays, cependant, on ne dispose pas d'éléments indiquant clairement leur taux d'intégration, la durée, disons, d'intégration à long terme dans la société grecque. Ou, bien, quelle politique suivre ? Les avoir parallèlement, les supporter, les mettre en valeur, les insérer dans certains espaces, dans certaines professions, leur donner une certaine identité ? » SCI08.

La Grèce est considérée comme un pays qui n'a pas perdu la bataille du contrôle épidémiologique du sida. La menace de renversement les données épidémiologiques stables provient des immigrés (« *Je pense qu'aujourd'hui, en dépit d'une baisse des chiffres, on constate une augmentation, car la Grèce est confrontée à un mouvement migratoire très important ces cinq dernières années et ce mouvement se trouve en croissance spectaculaire.* » SCI02). Le cas des immigrés est considéré particulièrement dangereux pour la propagation de la maladie (« *Je pense que là les choses sont plus difficiles.* » SCI03, « *Il y a là un grand problème avec les immigrés.* » SCI05). Les immigrés sont présentés comme un groupe d'incubation du virus, augmentant le risque de propagation incontrôlable du virus dans la société grecque.

« Il est sûr qu', à un moment donné, s' il y a une hausse incontrôlable des cas de contamination ; les immigrés et notamment des pays de l'Europe de l'Est seront considérés comme une source de propagation du virus. » SCI06.

À travers les entretiens avec les experts en santé publique, on observe une tendance de discrimination des immigrés en deux catégories principales sur la base de leur pays d'origine (« *Il existe un problème... cela dépend de leur pays d'origine* », SCI07) : a) les immigrés *non dangereux* et b) les immigrés *dangereux*. La structuration de ces deux catégories est fondée sur la base du profil épidémiologique des pays d'origine des immigrés. La dangerosité est façonnée à travers les éléments épidémiologiques.

« Heureusement, nous n'avons jamais eu de cas de contamination par le sida en provenance de l'Albanie. Mais, nous en avons eu de la Russie, car ce pays présente des taux élevés, d'après ce

je lis ; il ne s'agit pas là d'une opinion personnelle, car la Russie et la Roumanie présentent des taux élevés de porteurs du virus, sans oublier la Yougoslavie, à un certain degré. L'Albanie qui était le pays de provenance de la plus grande vague d'immigrés n'a heureusement pas contribué à la contagiosité du sida. » SCI02.

Le profil épidémiologique des pays qui présentent une augmentation des cas de VIH est lié au modèle culturel. C'est la culture différente qui laisse son empreinte sur le mode de vie et sur les habitudes des personnes, qui augmente la vulnérabilité au VIH et facilite la propagation du virus. Il s'agit, en substance, de la variété et de la diversité des pratiques, qui les rend dangereuses. Dans l'inconscient collectif, les pratiques d'autrui, différentes de nos propres pratiques, sont liées au facteur du risque et au facteur de menace.⁷⁰

« ... la croissance des cas du sida dans les pays de l'Europe de l'Est est beaucoup plus rapide que chez nous et qu'en Europe Occidentale. Donc, leurs modes de vie et leurs habitudes sont beaucoup plus dangereux en ce qui concerne la transmission de la maladie et, parmi eux, nombreux sont ceux qui, probablement, sont des porteurs du virus. » SCI05.

Les populations itinérantes sont considérées comme des groupes vulnérables (« ... nous savons qu'elles constituent également un groupe particulièrement vulnérable et exposé. » SCI05). La vulnérabilité des immigrés est interprétée sur la base de causes externes, à savoir à la mauvaise situation économique, le niveau de vie faible, l'indigence sociale qui prédomine dans leurs pays d'origine, qui sont autant de causes fondamentales de leur itinérance. Conformément aux données bibliographiques, les facteurs qui contribuent à la vulnérabilité des immigrés sont liés à la rupture du tissu social, aux problèmes économiques et au manque de cohésion sociale et de soutien familial (Chini & Lelekis, 2001).

Les difficultés économiques associées à l'absence d'un cadre social d'aide conduisent, certaines fois, à des pratiques à risque en ce qui concerne le sida. En raison des problèmes dus au manque d'emploi, un grand nombre d'immigrés, autant de femmes que d'hommes, ont recours à la prostitution soit volontairement – afin d'assurer les ressources de leur survie – soit, souvent, sous tutelle des proxénètes et des trafiquants. La prostitution les rend plus vulnérables au VIH, car, souvent, ils /

⁷⁰ Lors d'une rencontre du groupe V « Questions de l'égalité des sexe et VIH » du programme européen « AIDS & Mobility » à Amsterdam (2005), les participants qui travaillent avec les populations itinérantes ont transmis leur expérience à propos de la représentation sur la sexualité des immigrés, selon laquelle les Africains font usage de pratiques sexuelles caractérisées comme des «pratiques perversives ».

elles ne peuvent pas exiger l'usage du préservatif (Maciver, 1992 ; Morgan Thomas, 1992), en raison des difficultés de communication ou parce qu'il leur est interdit par les marchands de chair humaine (Papathanasiou et al., 2005). Le problème s'aggrave à cause des problèmes de langue qui rendent difficile la communication avec les membres de la société d' « accueil », mais, également, à cause de la faible compréhension du message de prévention.

« Tant que le niveau socio-économique reste faible, où des difficultés, économiques autres, sont présentes, il est plus facile pour ces personnes d'entrer dans l'univers de la prostitution ou de l'exercer occasionnellement. Moins informées, hors de l'univers social et des services d'information et de prévention, beaucoup d'entre-eux ne pouvant sûrement pas regarder la télé ou lire. » SCI07.

5.2.3.8. Attributions causales

L'attribution causale est une des questions principales dans l'apparition d'un phénomène. Le sens commun tente d'interpréter le phénomène en se remémorant des théories naïves, simplistes voire même indicibles (Leyens & Vaes, 2009). Mais, qu'est-ce qui se passe avec les scientifiques ? La différence de base entre la pensée savante et la pensée profane réside dans le fait que, selon le processus d'attribution, alors que la personne non-initiée interrompra sa quête « dès l'instant où sera déterminée l'intention ou l'incitation qui constitue la cause suffisante » (Jones & Davis, 1965, p. 220), le scientifique est en position de penser presque à un « cercle perpétuel » de causes (Leyens & Vaes, 2009). Voyons, maintenant, quelles sont les interprétations données par les scientifiques ayant participé à notre recherche, en ce qui concerne la propagation du sida en Grèce.

« Avant l'arrivée du virus, il y avait, du coup, un fantasme à propos de celui-ci en Grèce... il existait un fantasme selon lequel les Grecs ont une vie sexuelle tellement active et tellement hasardeuse qu'on allait tous mourir du sida... c'est cette image qu'on véhiculait à propos du virus. » (SCI08), témoigne une personne interviewée. Cependant, comment pouvons-nous interpréter le contrôle de l'épidémie du sida en Grèce ? L'extrait cité ci-dessous donne une explication complexe, par l'énumération d'une série de facteurs qui interprètent le phénomène, selon l'opinion de la personne interviewée.

« Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène. L'un d'eux concerne le groupe des consommateurs de substances intraveineuses, qui, par exemple ici en Grèce, peuvent facilement se procurer une seringue. On pourrait également dire qu', en Grèce, l'usage du préservatif est élevé, car, traditionnellement, les autres méthodes contraceptives courantes, comme, par exemple, la pilule, n'y sont pas utilisées. De plus, je dirais que la Grèce ne figure pas parmi les premiers foyers d'apparition de l'épidémie dans les pays développés, au moins. Ainsi, lorsque le sida se développait dans d'autres pays, ici il y avait déjà une sensibilisation en la matière, mais, aussi, une prise de certaines mesures qui ont, ainsi, empêché la propagation du virus. » SCI05.

L'interprétation du faible taux de contaminations parmi les usagers de substances intraveineuses en Grèce présente, à notre avis, un intérêt particulier. Ce phénomène, clairement différencié du paysage épidémiologique des autres pays de l'Europe méditerranéenne, comme nous en avons déjà fait mention, est qualifié de « mystère » (« *Heureusement, je ne sais pas... c'est un mystère pour moi et pour nous tous, que les toxicomanes n'aient pas été contaminés. Malgré leur contamination à l'hépatite C, malgré leur contamination à l'hépatite B, ils n'ont pas été contaminés par le sida et c'est là un signe encourageant.* » SCI10). Quelle interprétation, pouvons-nous bien donner à ce « mystère » ? À quel facteur pourrait-on attribuer ledit « miracle grec » ? Les personnes interviewées attribuent ce phénomène à des causes externes ; précisément : a) à la politique de la libre commercialisation de seringues, b) à l'organisation de la société grecque, qui fonctionne comme un facteur de soutien envers ses membres malades et c) au manque d'une culture d'usage de substances psychoactives en Grèce.⁷¹

« Initialement nous l'avions attribué sur le fait que le pays était le seul en Europe où les seringues étaient vendues librement, tandis que, dans les autres pays, la vente se faisait sur ordonnance médicale. » SCI10.

« Cette particularité nous l'avons longtemps observée... et c'est réellement une "originalité" de la société grecque, le fameux "miracle grec". De nombreux scientifiques ont donné diverses explications et formulé diverses théories en la matière. D'après ces théories, il semble que, d'une certaine manière, même ces personnes ont recours au tissu social, à leur milieu familial. En outre, comme chez nous, l'accès aux seringues est facile, on n'utilise pas de seringues contaminées. En effet, en Grèce, le taux d'usage n'est pas si élevé que cela pour faciliter la propagation.» SCI06.

⁷¹ Conformément aux conclusions de l'expertise en ce qui concerne la solidarité sociale en Grèce (Papathanasiou, 2005c), la famille et, plus précisément, les femmes de la famille, s'occupent traditionnellement des soins des personnes âgées et malades, ce qui, dans les pays de l'Europe occidentale, constitue une compétence et un devoir de l'État Providence.

« L'aléa » ou « l'aléatoire » (cf. Weiner, 1974) s'ajoute à ces causes externes (« *Je ne peux pas donner une explication satisfaisante... il s'agit simplement, peut-être, d'un fait aléatoire.* » SCI07.).

En considérant la représentation prédominante à propos des toxicomanes, selon laquelle il s'agirait des personnes autodestructives et irresponsables, comme nous l'avons vu plus haut, le succès du contrôle de la propagation du virus, qui est lié au groupe spécifique, ne pourrait être attribué à des facteurs internes, mais seulement à des facteurs externes, comme l'aléa ou la prévoyance sociale.

La contamination des hémophiles et des personnes multitransfusées est également attribuée à des causes externes. Dans leur cas, la responsabilité concerne exclusivement la science médicale. Ainsi, le groupe des personnes transfusées est présenté comme victime d'omissions, de la mauvaise gestion ou de l'incapacité des experts et de la science.

« D'après mes souvenirs sur le sujet, d'après mes lectures et mes connaissances, les banques de sang n'en avaient pas une image bien claire et, malheureusement, des personnes ont été contaminées à cause du contrôle défectueux. » SCI02.

Nous observons, donc, que dans le cas des hémophiles, l'attribution de la contamination à des causes externes déculpabilise le groupe spécifique, en opposition avec celui de toxicomanes, où les causes externes opèrent en tant qu'élément de consolidation des conceptions stéréotypées.

5.2.3.9. Intervention de l'État ou auto-intervention ?

Conformément aux personnes interviewées, la mobilisation initiale pour l'information sur les modes de prévention du sida, principalement en ce qui concerne les groupes des populations vulnérables, était le fruit de l'intérêt personnel de l'individu, émanant de son appartenance au groupe caractérisé comme facteur « à risque ». Face à ce risque, l'individu a agi directement sur la base de « l'instinct de survie ». Par contre, l'État a réagi tardivement, au moins en ce qui concerne les groupes spécifiques.⁷²

⁷² Conformément à Agrafiotis et coll. (1997), la Grèce appartient à la catégorie des pays prévoyants (Cattacin & Panchaud, 1997) : avant même que le premier cas de VIH/sida n'apparaisse dans le pays, la maladie était connue de tous à travers la presse internationale, ce qui constitue la preuve que l'État avait actionné ses mécanismes déjà existants.

« Je crois que la première mobilisation avait un caractère personnel parce que la menace était devant notre porte à nous, à la porte de tout un chacun et, seulement après, devant celle de l'État. Car je ne pense pas que l'État ait excellé en matière de campagnes spéciales menées auprès du groupe spécifique (des homosexuels). Donc je crois qu'elle était le fruit d'un intérêt très personnel, pour la recherche d'informations et la sensibilisation au niveau individuel et au niveau du groupe des ladite communauté, plutôt que l'inverse. » SCI03.

Une des raisons de l'intervention tardive de l'État était la prudence du monde politique, hésitant d'initier un dialogue public sur des sujets qui sont considérés tabous (« ...il n' y a jamais eu de débat, comme c'est couramment le cas en Grèce, pour mettre les choses au clair et, de ce fait, d'avoir une discussion basée sur une approche pragmatique de la situation, comme on l'a fait aux Pays-Bas, par exemple... » SCI08.).⁷³ Les fondements de l'institution « sacrée » de la famille grecque « auraient été ébranlés » par le dialogue public sur des sujets qui touchent à une sexualité qui ne s'appuie pas sur la fidélité de la relation monogame destinée à la procréation. Ainsi, en raison d'un coût politique éventuel, les hommes politiques ont choisi le silence. L'exemple caractéristique de la timidité politique est la non-intégration des cours d'éducation sexuelle dans le programme scolaire, nonobstant la conception d'un plan éducatif fort coûteux pour l'État.

« Les hommes politiques ne veulent jamais prendre un tel risque qui pourrait déranger ou, éventuellement, remettre en question l'institution de la famille et parler de sexe n'est pas de tradition en Grèce. » SCI08.

« Ils ont, peut-être, considéré que les esprits n'étaient pas encore mis en condition pour une telle entreprise (cours d'éducation sexuelle), ceux des parents surtout, et puis, ceux des enfants. » SCI06.

En outre, la politique de prévention du sida a été axée principalement, sinon exclusivement, sur la population générale, selon ce qui était considéré « normal », conformément à la norme sociale. Les groupes spécifiques ont été exclus de l'agenda politique, à cause du stigmatisme préexistant. Ainsi, on peut dire qu', en Grèce, les groupes marginalisés ne sont jamais sortis de leur marginalisation.

« Je pense qu'il y a une tendance à laisser tomber toute question qui ne concerne pas l'ensemble et qui est un peu en marge du champ de nos intérêts. "Laisse tomber les

⁷³ Dans le livre «*Sexualité(s) à l'époque de l'incertitude et du sida*» d'Ioannidi-Kapolou & Agrafiotis le chapitre traitant de l'homosexualité porte le titre, selon nous, très évocateur «*Le dialogue qui n'a jamais eu lieu* ».

homosexuels, laisse tomber les prostituées”, dit-on ; ça nous laisse indifférents, car ces groupes ne sont pas assimilés à la norme.» SCI07.

L'intérêt politique pour un certain groupe social spécial s'exprimait dès l'instant ce groupe pourrait constituer un canal de propagation du VIH à la population générale. Par exemple, l'intérêt de l'État pour les femmes prostituées s'est exprimé lors de l'émergence de la question de la protection du client, qui, lui, fait parti du groupe des ladite « population générale ». D'après les observations, les femmes prostituées (et non pas les hommes se livrant à la prostitution ou, même, les transsexuels, considérant qu'il s'agit d' un groupe minoritaire des hommes – clients, consommateurs de plaisir), pourraient contribuer à la propagation incontrôlable du virus par leur contact avec le client, qui, le cas échéant serait également un « chef de famille » et qui pourrait, donc, mettre en danger tous les membres innocents de sa famille.⁷⁴ Ainsi, par le contrôle médical obligatoire des femmes prostituées, l'État visait la protection du client et de la population générale. À notre avis, sur la base de la matière des entretiens, le caractère obligatoire des examens médicaux pour les femmes prostituées suppose le manque de confiance face aux personnes spécifiques. Comme on l'observe dans le commentaire ci-dessous de la personne interviewée, *la hiérodoule*⁷⁵ (la prostituée) est considérée comme un sujet peu fiable. Si l'on approfondit au dialogue entre le médecin et le patient, on localisera certaines connaissances erronées de ce dernier (*ex.* « le sida apparaît »), mais le noyau de cette interaction sociale semble tourner autour d'un second niveau de considération, concernant les normes, les valeurs et les relations intergroupes.

« Concernant ma question “sauriez-vous si cette jeune fille n'est pas atteinte d'une maladie”, les réponses sont des plus naïves, du genre “Mais elle est absolument saine”, “Elle me fait confiance ; ce n'est qu'avec moi qu'elle a des rapports sans préservatif”. Je leur fais savoir qu'elle dira la même chose à tous ses clients, ils répondent invariablement “Non, non, j'ai une relation privilégiée avec elle”. Eh bien, avec qui ? Avec une prostituée !!! » SCI01.

Le sujet agissant interprète l'acte (rapport sexuel non protégé) en invoquant le type de sa relation avec la prostituée (relation de confiance mutuelle), qu' il caractérise comme une relation « privilégiée ». La conception du risque selon le sujet agissant est influencée par le facteur de « confiance ». Le raisonnement du sujet

⁷⁴ Conformément au fichier médical de la personne interviewée, « *une personne sur deux a eu recours aux services d'une maison close. /.../ Les chiffres sont élevés chez les hommes mariés.* » SCI02.

⁷⁵ Terme de l'Antiquité, désignant le serviteur (homme ou femme) attaché à un temple. Termes grecs dont l'un (*hiéron*) est dérivé du mot grec signifiant sacré, et dont l'autre (*doulos*) se traduit par esclave.

agissant semble se développer comme suit : « Puisque je lui fais confiance, elle a également confiance en moi ». Comme l'a montré Apostolidis (1998), dans le cadre d'une relation érotique, la confiance est structurée sur les sentiments. Par conséquent, dans le syllogisme ci-dessus, l'expression « avoir confiance » peut être remplacée par le verbe « aimer ».

Or, ce syllogisme est en contradiction avec celui de l'observateur (scientifique) par une série de marquages progressifs. Examinons la partie du dialogue qui correspond à l'observateur : selon une approche plus radicale que celle du sujet agissant, il illustre le portrait de la « prostituée », en apportant un ensemble d'éléments compréhensibles qui s'appuient sur un réseau d'arguments ou de rhétoriques, c'est-à-dire sur des structures causales, qui accompagnent les croyances personnelles ou sociales et visent à persuader. Manifestement, les attributions de l'observateur pourraient provenir de la théorie des inférences sociales de Jones et Davis (1965), si l'on ne tient pas compte du sarcasme et du style provocateur de son discours. Ce dernier fait allusion à l'argument selon lequel l'observateur choisit les informations de nature différente de celles données par le sujet agissant, qui sont liées aux représentations sociales quant à la « prostituée ». Ainsi, la focalisation se fait sur la base de conceptions stéréotypées à propos des prostituées et non pas sur la relation « privilégiée » du sujet agissant avec cette prostituée particulière, telle qu'il la décrit. C'est le groupe d'appartenance qui détermine le portrait de la prostituée et non pas les caractéristiques particulières de sa personnalité en tant qu'individu. Conformément aux conceptions stéréotypées, les prostituées ne sont pas dignes de confiance, elles ne sont pas fiables, elles ne peuvent aimer, elles sont dangereuses... Donc, la prostituée particulière n'est pas digne de confiance, elle n'est pas fiable, ne peut aimer, elle est dangereuse... Dans le cas de contamination du client par le VIH, la responsabilité n'incombe pas au client, du fait de ses actes ou de ses omissions, de son imprudence, de ses connaissances limitées ou erronées, mais sur la prostituée, au courant de sa contamination par le VIH, « dissimulant » sa condition face au client, afin de le contaminer délibérément pour se venger. Le client, n'est pas perçu par la prostituée comme un individu, mais plutôt comme une projection de l'image collective. La colère est dirigée contre la société, personnifiée par le client. Par conséquent, comme on le verra dans la recherche suivante (l'analyse de presse), la figure de la prostituée

correspond à l'archétype de la « porteuse du virus » (de la personne mauvaise et dangereuse), catégorie qui englobe également les homosexuels.

« De temps en temps, des incidents du genre ont été révélés... je me souviens d'un article sur une prostituée de luxe atteinte du sida qui l'avait contracté à tous ses clients... Alors qu'elle était au courant de sa séropositivité, elle avait des rapports sexuels non protégés. Là, il est question de haine, de vengeance... Elle contamine le client, mais, en réalité, elle veut se venger de la société qui lui aurait fait du tort... qui aurait été injuste envers elle... » SCI02.

Selon certaines personnes interviewées, la dévalorisation de l'identité sociale de la prostituée à cause de son appartenance évidente à un groupe marginalisé et stigmatisé est reflétée également dans les stratégies existantes en matière de prévention de l'épidémie du sida. Et alors que les besoins imposent l'adoption de choix stratégiques spécifiques sur ce terrain, l'approche institutionnelle est absolument dépréciative, accroissant, ainsi, la vulnérabilité par l'exclusion sociale établie.

« Pendant un certain temps, on s'intéressait à la santé des prostituées légales. Mais le problème est énorme et se situe ailleurs. Maintenant il faut que des groupes d'information soient mis en place dans la rue, des trucs qui n'intéressent personne. On leur en parle et la réponse reste invariablement "qu'est-ce que tu racontes?". » SCI07.

5.2.4. Les militants

5.2.4.1. La rhétorique du militantisme

Dans le discours des militants le « moi » est relégué au second plan ; c'est le « nous » qui prévaut. En analysant les entretiens, nous avons observé que les militants utilisent très souvent, dans leur discours, la première personne du pluriel, pour parler de sujets qui concernent le groupe d'appartenance. Ce « nous » manifeste l'adoption d'une identité sociale. La personne interviewée ne parle pas en tant que sujet, mais en sa qualité de représentant d'un groupe social entier. Les personnes interviewées se présentent comme une sorte de « porte-parole » ayant le devoir de notifier des sujets qui concernent la communauté et de revendiquer des droits pour le groupe d'appartenance – de représentation.

Sur ce point, il convient de distinguer, d'une part, entre les dirigeants d'une communauté qui n'ont pas une identité commune avec ses membres, comme c'est souvent le cas du directeur général d'une communauté thérapeutique de réhabilitation, de l'employé d'ONG pour le soutien des réfugiés et des immigrants ou, encore, celui de la femme séronégative hétérosexuelle, occupant le poste de directrice dans une ONG de lutte contre le sida, et, d'autre part, ceux qui partagent une identité « commune » avec les membres du groupe des représentation (*ex.* les membres séropositifs des ONG de lutte contre le sida).

Les personnes interviewées de la première catégorie sont des professionnels qui agissent dans le domaine de la santé publique. Ils défendent les droits du groupe au nom duquel ils interviennent, sans, toutefois, s'identifier à lui. Dans leur raisonnement, ils utilisent la troisième personne du pluriel et leurs témoignages concernent « autrui », alors que le choix de leur vocabulaire est effectué sur la base du politiquement correct.

Au contraire, les personnes appartenant à la seconde catégorie qui apparaissent comme des représentants du groupe social d'appartenance, comme, par exemple, celui des homosexuels ou des séropositifs, utilisent la première personne du pluriel et leur discours est structuré par des éléments de vécu personnel. Ils ne rapportent pas des événements et des situations à la « troisième personne », en tant qu'observateurs, mais ils adoptent le statut présent, ils sont eux-mêmes impliqués dans la narration de l'histoire collective avec des éléments qui émergent de leur histoire personnelle. D'une certaine manière, ils profitent de l'occasion, qui leur est offerte à travers l'entretien pour une étude scientifique, non seulement pour s'exprimer, mais pour livrer leur témoignage personnel dans l'enregistrement de l'histoire du mouvement des malades du sida ou / et du mouvement des homosexuels en Grèce. En livrant des informations historiques du point de vue de leur propre optique, ils sont conscients de leur contribution à l'élaboration d'une histoire collective.⁷⁶ Cette conscience est manifeste dans le discours d'un militant homosexuel séropositif de notre échantillon : « *J'espère aider... ces événements, que j'ai vécus, font partie de l'histoire du mouvement homosexuel grec.* » MIL05. L'adoption de cette position de témoin s'observe chez tous les militants homosexuels.

⁷⁶ Cf. Pierret J., « Dites-leur ce qu'il ne m'est pas possible de dire : Je suis homosexuel et séropositif », *Les discours du sida / Discourses on AIDS*, Volume 6, no 3-4, 1994, pp. 33-45

Leur participation à l'entretien peut être également perçue comme un autre type de militantisme. Nous entendons par là que, par leur participation à une recherche effectuée pour une université étrangère, les militants ambitionnent de faire passer des messages sur la situation en Grèce au-delà des frontières nationales, dans le but de l'exercice de pression de la part des organes institutionnels européens, de l'Union européenne (UE), par exemple, dont la Grèce fait parti. L'importance accordée à l'influence de l'UE sur la politique nationale se manifeste à travers la déclaration suivante d'une personne de notre échantillon : « *Je pense que l'État a été obligé de prendre en considération la situation et de prendre certaines mesures, grâce aux pressions exercées par l'UE.* » MIL02.

Le caractère de l'entretien de recherche fait qu'ils adoptent, dans leur discours un ton plus grave que lors d'une interview journalistique. Ce choix apparaît clairement dans le langage de l'interviewé demandant à l'intervieweur : « *Ces données seront-elles publiées dans des revues scientifiques à l'étranger ? Seront-elles présentées lors des congrès qui auront lieu à l'étranger ? Ce serait bien qu'elles soient mises à la disposition de tous lors de ces congrès, j'entends par là, qu'elles soient exposées.* » MIL06.

Le discours des militants est caractérisé par la passion, étant donné que le thème du sida les « tient à cœur »⁷⁷, soit parce qu'ils sont eux-mêmes séropositifs soit en raison de leur appartenance à un groupe présentant des taux élevés de contamination. À travers leur discours passionné, on perçoit clairement leur colère, voire leur rage, rendue manifestes à travers un vocabulaire argotique riche en connotations péjoratives (« marionnettes », « cafres », « coquilles moles »). Cette colère mène à l'expression de prises de position extrêmes, caractérisées par une « agressivité ». Conformément à la théorie psychanalytique, le comportement débridé n'est finalement que la conséquence d'une agression masquée. Souvent ce comportement débridé prend la forme d'un commentaire ironique. Dans la ligne de mire de la critique sévère des militants, on retrouve des représentants du pouvoir et de l'autorité, comme les hommes politiques, les médecins, les hauts dirigeants ecclésiastiques. Le Schéma suivant présente certains extraits caractéristiques du raisonnement des militants, évocateurs du langage sévère utilisé lors de leur critique.

⁷⁷ Terme qui a été utilisé par un militant homosexuel séropositif, expliquant sa décision d'être impliqué activement dans la lutte contre le sida.

Caractéristique	Extrait du discours
La colère	« (Le médecin X) qui était devenu ultérieurement un souverain, le manitou, dans l'histoire du sida, un escroc surtout... » MIL05. « Qu'est-ce que j'en pense ? Des cafres! /.../ De quoi ils se mêlent ces experts ? /.../ Si les scientifiques faisaient des déclarations en public et prenaient position chaque fois qu'une marionnette, depuis son poste de député, d'archimandrite et de psychiatre, dit qu'"il est malheureux que"... On a ras-le-bol! "Vous n'êtes pas un modèle, vous êtes des malades, vous n'êtes qu'une bande de brailleurs, d'emmerdeurs maudits" /.../ Et que les médecins ouvrent enfin les yeux... /.../ De quoi ils se mêlent ces médecins ? » MIL02.
Provocation	« Lorsqu'aujourd'hui l'Archevêque dit "pas de préservatif, ce n'est pas un moyen de prévention efficace, car il a des pores qui laissent passer le sperme", alors qu'il dit de bêtises pareilles et personne ne l'a poursuivi en justice. /.../ L'Église de Grèce aurait dû mener une campagne d'information dans ce pays, en ce qui concerne le virus du sida. Qu'on mette à prix les têtes de l'Archevêque et du Synode! Au lieu de se prosterner devant eux et de se laisser entraîner par leurs délires. » MIL05. « C'est bien osé de la part du vice-président du KEELPNO, en sa qualité d'organe de coordination, dans le domaine de la santé, de nous avoir nous tous autour de lui. C'est un ex-médecin militaire qui a décidé que tout le pays doit être sous régime militaire et on se laisse faire sans broncher. Personne ne leur a dit que le septennat ⁷⁸ est terminé. Que dire sinon que c'est un médecin militaire... » MIL07.
Ironie	« Parce qu'on ne peut pas objecter qu'aucun ministre n'arrive pas à voir ce qui se passe au sujet de ce problème. Si c'est le cas, c'est que nous n'avons, donc, pas de bons ministres. Qu'ils se payent une visite chez l'ophtalmo, qu'ils ouvrent un peu leurs yeux! » MIL07.

Tableau 5.5 : Extraits du discours militant

La désignation du sida par le terme « truc » présente un intérêt particulier (« Où trouver la force et le temps de s'occuper de ça, lorsqu'on sait qu'on a ce truc! » MIL04). Cette donnée on l'a également rencontrée dans d'autres entretiens avec des séropositifs (cf. Papathanasiou, 2001a, 2006b). Le sida, comme le cancer, est une maladie qu'on n'ose pas évoquer pas par son nom, de la même manière qu'on ne nomme pas le diable en Grèce, mais qu'on se réfère à lui par la formule conjuratoire « fuis loin de nous ! ». En Grèce, lorsque le sida est évoqué au cours d'une discussion, on touche du bois afin d'exorciser le « mal » (rituel traditionnel grec). Le sida, comme toute maladie mortelle, est la personnification du mal et, donc, liée à toute une série de superstitions et de préjugés.

⁷⁸ En Grèce, la dictature des colonnels a duré sept ans (1967-1974).

5.2.4.2. Attributions de risque et stratégies de déstigmatisation

Au cours de nos entretiens, les militants ont tenté la déstigmatisation de leur groupe à travers une série de stratégies informelles. Concrètement, nous avons classé leurs réactions selon trois catégories :

Première stratégie : individualisation du problème. En opposition avec d'autres acteurs, les militants, tout au long de leurs discours, n'ont fait aucune référence à « des groupes à haut risque ». Lorsque le chercheur leur a posé la question sur l'existence de groupes courant un plus grand risque que d'autres, ils ont répondu par la négative en personnalisant le risque et se référant à des comportements individuels dangereux, ainsi qu'à une responsabilité non collective. Il s'agit incontestablement d'une stratégie de déstigmatisation du groupe auquel ils appartiennent ou de celui qu'ils représentent, caractérisée par une approche individualiste. Dans ce cas, la responsabilité est imputée à l'individu, tandis que les membres du même groupe d'appartenance évitent de la partager avec lui.

« Pour moi, je ne le pense pas (existence de groupes à haut risque). Il existe des personnes qui risquent davantage. Sans exception de sexe, sans exception d'orientation sexuelle. » MIL02.

« On encourt tous des risques. Mais, il n'existe pas de groupe à haut risque, il existe un mauvais comportement. Il existe un comportement à risque, dont on peut faire preuve, moi, toi... n'importe qui. » MIL09.

Deuxième stratégie : Déplacement du stigmaté. Les militants suivent une stratégie de déstigmatisation que nous appellerions le « processus de déplacement du stigmaté ». Les membres du groupe stigmatisé A font des attributions aux membres du groupe stigmatisé B, qui ont pour conséquence le renforcement du stigmaté préexistant du groupe B. De cette manière, les membres du groupe A déplacent l'intérêt collectif aux membres du groupe B, visant leur propre désengagement du problème⁷⁹, et, en outre, ils déplacent également le poids de la responsabilité aux membres du groupe B, rendant, en même temps, les membres de leur propre groupe « non responsables » et, par conséquent, des « victimes innocents » de la maladie (ou même des personnes malades – des groupes malades).

⁷⁹ Sur ce point, il convient de mentionner qu'en dépit de nos efforts insistants sur la participation d'un représentant des hémophiles à notre recherche, ceci n'a pas été possible, notre invitation ayant été déclinée

« Les sida a été dépisté d'abord chez les Haïtiens et non chez les homosexuels, comme certains le disent. Les Haïtiens se prostituaient pour de l'argent avec des touristes homosexuels et ils ont ainsi transmis le virus à ces derniers. » MIL06.

« Les usagers de drogues croient que le sida est lié à la sexualité et, en particulier, à un type de sexualité spécifique... j'entends par là, l'homosexualité. Ils pensent qu'il a débuté chez les homosexuels et leur a ensuite été transmis, c'est-à-dire par des homosexuels qui faisaient usage de drogues. C'est comme s'ils payaient les fautes des autres, si on me permet l'expression. » MIL01.

*Troisième stratégie : **Déni et indifférence.*** Le groupe d'appartenance appuie sa stratégie sur le déni de l'existence du problème en son sein et l'indifférence résultante. Concrètement, les membres du groupe stigmatisé se comportent comme si le problème ne concerne pas leur groupe et par conséquent le problème spécifique ne constitue pas une priorité pour eux. D'un point de vue psychanalytique, cette réaction, est le résidu d'une perception archaïque qui prend ses racines dans l'égoïsme de l'enfant, où l'expérience est dominée par une mentalité prélogique : « Si je n'admets pas ceci, c'est que rien ne se passera ».

« Dire à propos d'un problème, que tout le monde leur impute, "ça ne me concerne pas", je pense plutôt que c'est la politique de l'autruche. On sait qu'il y a des membres de sa communauté qui sont séropositifs, qui en meurent, et on reste indifférent, on fait comme si de rien n'était. » MIL07.

« On tombe sur le refus des propriétaires des bars pour homosexuels. Ils étaient très négatifs sur le sujet de leur implication (à des actions de prévention). Le sujet était tabou. Un problème auquel nous étions confrontés... nous nous rendions dans des bars pour homosexuels, gérés par des personnes homosexuelles, qui n'acceptaient pas la distribution de brochures d'information afin qu'ils ne deviennent pas l'objet de caractérisations distinctives. Parler du sida dans leurs boîtes, selon eux, aurait pour conséquence la stigmatisation de ces endroits. "Restez loin de nous", disaient-ils. » MIL04.

« À un moment donné, on s'était dit de les inviter pour les informer et ceux-ci s'en étaient offensés. Parce qu'ils pensaient que c'était comme si on les avait accusés d'avoir le sida eux-mêmes. Je me souviens qu'à cette époque, on avait abordé certains groupes d'immigrés africains et ceux-ci ont pensé qu'on les avait contactés parce qu'ils provenaient de l'Afrique, donc, parce qu'ils étaient vus comme des porteurs du sida. » MIL06.

5.2.4.3. Attributions causales de la vulnérabilité

Au cours des entretiens, les militants interviewés ont procédé à des attributions causales de vulnérabilité : ils ont, donc, tenté d'interpréter la manière dont les membres de leur groupe d'appartenance ou / et de représentation, mais également celle dont des membres d'autres groupes spécifiques, ont été liés à la menace du sida au niveau mondial. Nous avons tenté de catégoriser leurs réponses et de les présenter schématiquement. Dans le Tableau 5.6 suivant on peut voir les causes auxquelles les

personnes interviewées attribuent la vulnérabilité particulière de leur communauté, mais, aussi, des autres groupes sociaux touchés par l'épidémie du sida.

	Attributions causales de la vulnérabilité au VIH/sida				
	Groupes vulnérables				
	Homosexuels	Usagers IV	Prostituées	Immigrés	Hémophiles
Causes	<ul style="list-style-type: none"> - homophobie (externe et interne) - stigma - déni du risque - autodestruction - affaires législatives 	<ul style="list-style-type: none"> - indifférence - autodestruction - stigma - affaires législatives - criminalité 	<ul style="list-style-type: none"> - stigma - raisons économiques - affaires législatives - criminalité - uncontrôlabilité 	<ul style="list-style-type: none"> - affaires législatives - problèmes de survie - superstitions - racisme - stigma - criminalité 	<ul style="list-style-type: none"> - faiblesses de la médecine et de la technologie - raisons économiques

Tableau 5.6 : Attributions causales de vulnérabilité au VIH/sida par groupe spécifique

Conformément aux données ci-dessus, on observe que les militants interprètent la position de groupes sociaux hétéroclites dans la catégorie « des groupes à risque » sur la base de causes internes mais également externes. Quelques unes de ces causes (internes ou externes) sont communes pour deux ou plusieurs groupes. On remarque que tous les groupes ont au moins un point commun avec un autre groupe.

Concrètement, en ce qui concerne les *homosexuels*, les personnes interviewées attribuent leur vulnérabilité à l'homophobie qui prédomine aussi bien dans les relations interpersonnelles et intergroupes que dans les relations endogroupes, dans les institutions (homophobie institutionnelle), mais, aussi, à la personnalité de l'homosexuel lui-même (homophobie intériorisée). Dans les relations interpersonnelles et intergroupes, l'homophobie a pour conséquence la stigmatisation de l'homosexuel, qui conduit à l'augmentation de sa vulnérabilité. Concernant cette vulnérabilité, on doit prendre en compte l'effet de l'homophobie intériorisée qui contribue à la configuration d'une mauvaise image de soi et au développement d'un comportement autodestructif. Afin que l'homosexuel soit exempté de la

stigmatisation, il l'attribue à un déni permanent du risque, en adoptant des comportements à risque (*ex.* barebacking). D'autre part, l'homophobie institutionnelle qui imprègne la législation grecque (*ex.* la non-reconnaissance du couple homosexuel, la pénalisation de la prostitution masculine, l'interdiction des relations homosexuelles en-dessous de 18 ans⁸⁰), conduit à l'affaiblissement social de l'homosexuel et perpétue la vulnérabilité de sa santé (corporelle, mentale et sociale⁸¹).

Quant aux *usagers de drogues*, les interviewés de notre échantillon attribuent leur vulnérabilité à l'indifférence des usagers concernant des problèmes de santé (l'usage de drogues en étant la preuve) et leur comportement autodestructif, en tant que conséquence des causes endogènes (personnalité) mais, aussi, des causes exogènes (stigmatisation). La sévérité des lois actuellement en vigueur en matière de consommation de drogues semble jouer un rôle important dans la croissance de la vulnérabilité en ce qui concerne l'usage en Grèce. Conformément aux personnes interviewées, la législation en vigueur qui prévoit l'emprisonnement de l'usager de drogues même en cas de possession d'une micro-quantité de cannabis, conduit l'usager à l'incarcération (prison), où les conditions de vie elles-mêmes augmentent sa vulnérabilité (partage de seringues, relations sexuelles sans précaution, qu'il s'agisse d'un choix des détenus ou de la domination du plus fort sur le plus faible [viol], absence de services de soutien psychosocial de désaccoutumance et de réinsertion etc.). En outre, la pénalisation et la surveillance policière en ce qui concerne l'usage de drogues (la consommation étant considérée comme un délit et non comme une maladie) ont pour conséquence l'implication des usagers dans des délits de droit commun pour subsister (vols, prostitution, commercialisation et circulation de drogues etc.).

Les participants à la présente recherche affirment que le groupe des *personnes se livrant à la prostitution* est caractérisé par la diversité et par l'inhomogénéité, tant en ce qui concerne les personnes impliquées (femmes, hommes et transsexuels) que les raisons et les circonstances qui les ont menées dans ce milieu. La plus grande

⁸⁰ Les relations sexuelles entre des hétérosexuels sont légales dès 16 ans.

⁸¹ Conformément à certaines recherches, les homosexuels présentent des taux élevés de consommation d'alcool et de dépendance aux substances, d'un comportement sexuel à risque (non usage du préservatif), de problèmes psychologiques, comme la dépression, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), la phobie sociale etc. qui débouchent sur des comportements suicidaires (tentatives et passages à l'acte), mais, aussi, des taux élevés d'absentéisme scolaire (abandon de l'école), de chômage (comme résultat de licenciement illégal et abusif ou de démission volontaire du lieu de travail) etc. Cf. Rofes, 1983 ; Remafedi et al., 1991 ; Hunter et al., 1992 ; Bagley et al., 1997 ; Papathanasiou, 2005a.

vulnérabilité semble être attribuée aux femmes victimes de trafficking, qui n'ont pas le contrôle de la situation (incontrôlabilité) et sont soumises aux ordres de leurs proxénètes, qui agissent en bandes organisées, de taille variable, structurées en réseaux criminels (mafia). En outre, les immigré(e)s et les usagers de drogues se livrant à la prostitution présentent également une vulnérabilité accrue, puisqu'ils / elles sont soumis(es) aux désirs et aux choix du client (*ex.* le non-usage du préservatif), pour des raisons de survie. La récession économique qui est observée au niveau mondial, d'une part, conduit beaucoup de femmes (mais aussi d'hommes) à la prostitution et, d'autre part, a limité le recours aux services sexuels lucratifs. Par conséquent, la prévention passe au second plan par rapport à la survie économique de la personne, victime de la précarité. Dans toute cette activité économique de (co)exploitation, les militants font même référence à l'implication de l'État. Le PNB⁸² du pays présente une augmentation des profits qui proviennent de l'activité sexuelle « commerciale », c'est pourquoi, d'une part, l'État devient encore plus permissif à l'égard de ce phénomène et, d'autre part, il poursuit son contrôle absolu, alors que la prostitution se révèle créatrice de richesse nationale.⁸³

« Si une prostituée exige un préservatif pour une fellation tandis qu'une autre ne le fait pas, étant donné que les hommes ne sont pas très fanatiques en matière d'usage de préservatif, pourquoi irait-on chez la première ? Celle-ci fera une concession... sur ses honoraires (rises) et sur la précaution aussi, pour garder le client. /.../ Si l'on traverse la rue Sokratous en plein jour, on entend de jeunes Africaines essayant d'aguicher des clients en criant "sans préservatif !". » MIL05.

Selon les militants, la vulnérabilité des *immigrés* émane principalement de leur situation de précarité. Les conditions de vie difficiles (*ex.* mauvaises conditions d'hygiène) et l'effort incessant pour subvenir aux besoins de base de leur survie (nourriture, eau, logement) rendent les immigrés indifférents aux questions de santé. En outre, le cadre législatif épineux concernant l'accès au permis de séjour et à la

⁸² Produit national brut

⁸³ En 2006 le Ministre de l'Économie Nationale et des Finances a déposé un budget qui présentait les Grecs 25% plus riches, intégrant dans ce budget le chiffre d'affaires de la prostitution, et déclarant la contribution des services sexuels dans la croissance économique du pays. Récemment, conformément aux nouvelles dispositions réglementaires (Loi 3904/2010), portant le titre « Rationalisation et amélioration à la remise des décisions judiciaires pénales et d'autres dispositions », on assiste à une dépénalisation de la prostitution illégale modifiée en action fautive. Concrètement, là où la loi antérieure prévoyait l'arrestation et l'emprisonnement jusqu'à deux ans des personnes exerçant la prostitution illégale et des promoteurs des maisons closes non autorisées, la nouvelle loi remplace l'arrestation et l'emprisonnement par une amende allant jusqu'à 3.000 Euros.

naturalisation, s'ajoutant à la confusion qui régit la politique en matière d'immigration en Grèce, transforment les immigrés clandestins en « bêtes sauvages traquées », créant, ainsi, chez eux des sentiments d'insécurité, d'incertitude et de peur, qui ne font qu'accroître leur vulnérabilité en matière de santé. L'impossibilité d'obtenir le droit de séjour légal et, donc, de travail légal, les incite à commettre des actes illégaux (depuis le trafic illicite de biens usagers contrefaits jusqu'au trafic de drogues, d'armes et d'êtres humains), qui les stigmatisent en tant que personnes socialement « dangereux », jetant de l'huile sur le feu du racisme et de la xénophobie. L'éventualité d'arrestation et d'expulsion des immigrés clandestins entrave leur accès aux services publics de santé, rendant particulièrement difficile, même pour les ONG, tout effort de leur venir en aide. En outre, en matière de sida, les préjugés et les superstitions liés aux particularités culturelles entravent les interventions de prévention.

Enfin, en ce qui concerne les *hémophiles*, leur vulnérabilité est perçue exclusivement en termes de causes externes. Les personnes interviewées rapportent que les causes de la contamination des hémophiles par le VIH sont le résultat des limites actuelles de la biotechnologie et de celles de la science médicale. En outre, le coût économique est présenté comme un facteur supplémentaire de vulnérabilité. L'utilisation de méthodes de technologie avancée étant particulièrement coûteuse pour l'État, on a recours aux examens de laboratoire moins coûteux, mais moins fiables (examen immuno-enzymologique ELISA / PCR = *Réaction en Chaîne par Polymérase* au lieu des techniques moléculaires NAT = *Technique d'Amplification des Acides Nucléiques*).

5.2.4.4. Relations intergroupes des groupes minoritaires stigmatisés

La représentation « des groupes à risque » semble être activée également dans le cadre des relations intergroupes entre les groupes minoritaires stigmatisés. Concrètement, conformément aux personnes interviewées, dans leurs relations intergroupes, les membres des groupes considérés comme présentant un risque élevé de contamination par le VIH et, de ce fait, caractérisés comme particulièrement dangereux pour sa propagation dans un environnement social, opèrent sur la base de la conception stéréotypée ci-dessus. Comme on l'a déjà constaté, dans leur tentative

de se débarrasser du stigmate du sida, les groupes stigmatisés activent un mécanisme défensif qui correspond, en psychanalyse, au déplacement.

Les militants rapportent trois exemples caractéristiques de cette réaction :

a) *Les homosexuels sont réservés dans leurs rapports sexuels avec les immigrés et les usagers de drogues.*

« Pour dire la vérité, ils ont peur de fréquenter des immigrés ou des toxicomanes. Ils craignent, bien entendu, qu'ils ne tombent victimes de vol ou de sévices... On a rapporté des incidents de maltraitance de la part des immigrés dans les parcs, tu sais, mais, aussi, dans les zones où se trouvent les maisons closes, où l'homosexuel va draguer quelque client sexuellement excité, surtout si celui-ci est un immigré désargenté, il ira coucher avec un homosexuel, une façon pour lui de se défouler comme bon lui semble... Bien entendu, la plupart de ceux qui sollicitent les services sexuels des immigrés, en les payant évidemment, sont des personnes âgées... Mais, en général, on en a peur... peur des maladies bien entendu... qu'il ne leur arrive quelque chose de grave ; après avoir couché avec un immigré ou avec un toxicomane, leur peur s'amplifie... on sait que, chez les immigrés et les toxicomanes, il existe de plus grandes probabilités de contamination... » MIL02.

b) *Les usagers de drogues ne veulent pas d'homosexuels dans leur groupe.*

« En réalité, ils sont méfiants à l'égard des usagers de drogues homosexuels. Pour eux, les homosexuels sont vecteurs de maladies, non seulement de sida, mais, aussi, d'hépatite et d'autres maladies. Ils évitent, en général, de fréquenter un usager de drogues homosexuel. » MIL01.

c) *Les prostituées n'acceptent pas dans les maisons closes des immigrés provenant de pays spécifiques.*

« Ils nous disent qu'ils sont indésirables en maisons closes. Spécialement ceux originaires des pays africains. » MIL10.

5.2.4.5. Interprétations de l'épidémiologie du virus du VIH/sida en Grèce

Les attributions sont avant tout la tentative de l'individu de donner une réponse à diverses « questions » qui structurent sa réalité. Au cours de nos entretiens, les militants ont tenté d'interpréter les éléments épidémiologiques du pays en ayant recours aux attributions causales. Concrètement, les questions auxquelles ils ont tenté de répondre étaient les suivantes :

- *Pourquoi*, en Grèce, les homosexuels continuent-ils à garder régulièrement la première place sur le tableau épidémiologique depuis l'apparition du sida jusqu'à aujourd'hui ?

Interprétation : « Il existe une difficulté, chez les homosexuels, de maintenir une relation stable, je pense, en raison des préjugés et de la pression sociale, car souvent l'homosexualité n'est pas acceptable ; ils se dissimulent et, peut-être aussi en raison de la pression et de la situation qui en résulterait, en général, ils changent souvent de partenaires sexuels. » MIL01.

« Cela tient au fait de la prévalence, c'est-à-dire que si, dans un groupe, dans une population, un taux critique de personnes contracte le virus... Mais, cela tient également au fait de l'alternance plus fréquente de partenaires, aussi bien qu'au fait qu'il n'y a jamais eu, en Grèce, une campagne de sensibilisation auprès des homosexuels. » MIL04.

« ... à cause du mode de transmission, plus facile par la sodomie. » MIL06.

- *Pourquoi* le sida ne semble pas avoir touché la population hétérosexuelle ?

Interprétation : « Les hétérosexuels n'ont pas une vie sexuelle aussi débridée, contrairement aux affabulations sur leur sexualité. Non pas parce qu'ils pensent utiliser le préservatif, ça non. » MIL05.

« Parce que l'habitant de Xanthi ou d'Ioannina⁸⁴ n'ira pas faire des examens, croyant qu'il n'en est pas concerné. Il apprendra qu'il est séropositif parfaitement par hasard. C'est-à-dire qu'il ira se faire embaucher quelque part où l'on exigera qu'il fasse des examens, à l'armée peut-être, alors qu'il sera déjà contaminé par le virus ; soit il aura un autre problème de santé et il découvrira, lors d'une intervention chirurgicale, qu'il est séropositif. On refuse ces examens... Pourquoi aller faire des examens de dépistage du sida ? Alors qu'on ne fait pas d'examen pour dépister l'hépatite ou la blennorragie. C'est pour cela que les données des statistiques sont fictives... » MIL04.

« C'est différent d'avoir des rapports sexuels par la voie traditionnelle que par la voie anale. » MIL08.

- *Pourquoi* la Grèce n'a pas le même profil épidémiologique que les autres pays européens, en ce qui concerne les usagers de substances intraveineuses ?

Interprétation : « Peut-être, en raison de leur comportement ; pendant la première période, sous le choc lié au sida, peut-être, il y a eu un changement d'attitude ; je me souviens, pourtant, que lorsque, en 1998, on avait diffusé des questionnaires afin d'évaluer et de comparer le comportement des usagers pendant les six derniers mois, l'écart n'était pas énorme entre les pays méditerranéens. C'est-à-dire qu', à la question si l'on avait partagé de seringues aux cours des six derniers mois, on obtenait, plus ou moins, les mêmes taux. Ainsi,

⁸⁴ Villes en Grèce.

rien n'est clair. Finalement, peut-être, ça tient au fait qu'il n'y a jamais eu une masse critique. » MIL06.

« Tout d'abord, grâce à l'accès facile aux seringues dans les pharmacies... Peut-être, pourrait-on dire aussi que l'usager de drogues est très intégré dans la famille et, que, donc, la famille et la société peuvent agir en soutien par rapport avec ce qui se passe dans d'autres pays. Il existe certaines différences ; étant donné que, dans certains pays, un grand nombre d'usagers se trouve obligé de vivre dans la rue, il existe une très grande... des chiffres accrus de propagation, principalement dans des pays de l'ex-bloc de l'Est, par exemple... » MIL01.

« Ils ont plus souvent recours à ce qu'on appelle un "service public de santé". C'est-à-dire que, soit on va se procurer des seringues distribuées gratuitement, soit souvent on s'occupe de leur information, soit parce il y existe des institutions comme OKANA, 18ANO et tout ça, je considère que la plupart des toxicomanes, sinon tous, sont bien informés... » MIL02.

- *Pourquoi* les personnes se livrant à la prostitution ne présentent-elles pas une épidémiologie accrue à propos du sida ?

Interprétation : « Non, nous pensons que, de toute façon, ce groupe ne présente pas de problème. Le chauffeur de taxi prendra soin de son taxi, c'est sa vie. Le client qui prend le taxi, cependant, ne s'en souciera guère. Il le prend aujourd'hui, demain il ne le prendra plus. Le port de ceinture de sécurité n'est pas obligatoire pour lui. » MIL04.

« Les personnes se livrant à la prostitution étant des professionnels qui ont intérêt à éviter une contamination éventuelle, se soucient de leur propre personne, elles ne s'intéressent pas au client, supposant qu'un tel dilemme se pose. On ne le fait pas par souci du client, mais parce qu'on veut pouvoir travailler, alors, si le diagnostic du médecin est sans appel en ce qui concerne le sida, le permis de travail leur est retiré. C'est pourquoi, donc, elles prennent maintes mesures de protection. » MIL05.

- *Pourquoi* la Grèce ne semble pas être menacée par la vague d'immigration ?

« En Albanie, sans aucun doute, le sida a été introduit via la Grèce et, bien entendu, le même problème existe également avec d'autres groupes, comme ceux de Pakistanais, de Kurdes etc. Ce n'est pas tant le problème de l'arrivée en Grèce de ces immigrants provenant des pays d'origine du VIH. Ils sont nombreux, ceux, venus en Grèce et vivant dans des conditions qui facilitent la prostitution et, enfin bref, n'importe quelle autre manière de contamination. Les Albanais qui venaient ici très régulièrement, étaient parmi les premiers groupes d'immigrés à fréquenter les bars sur la place Koumoundourou⁸⁵. C'est comme ça qu'ils en ont été contaminés et ils ont transmis le virus en Albanie. » MIL06.

⁸⁵ Place d'Athènes fréquentée par des hommes prostitués d'origine étrangère.

- *Pourquoi* en Grèce n'avions-nous pas de pourcentages élevés de contaminations par le biais de transfusion de sang contaminé ?

« La Grèce figure parmi les premiers pays Européens à introduire le test de dépistage du VIH en ce qui concerne le don de sang. Je veux dire qu'aujourd'hui le sang qui est transfusé est plus que jamais contrôlé. /.../ Certainement, ce risque existe, il existe toujours, disons-le. Le risque de tomber sur une période "fenêtre". C'est comme ça qu'on a eu ces événements réels de contamination, un bébé, une grand-mère. Et, bien-entendu, lorsque on se trouve dans la période "fenêtre", la contamination n'est pas détectable par le test. Car le test dépiste les anticorps. Mais, les anticorps ne sont pas encore créés dans l'organisme, c'est pourquoi le test ne peut les détecter. Mais, il s'agit là de quelques cas seulement qui concernent, disons, une personne sur 1.000.000, quelque chose comme 1.200.000... 1 sur 1.200.000... » MIL09.

Comme on l'observe dans les extraits de discours susmentionnés, les militants attribuent la propagation du sida à la communauté homosexuelles en raison de l'oppression sociale des homosexuels qui les conduit au changement fréquent de partenaires sexuels, un couple homosexuel étant socialement méprisé, en raison du nombre élevé des séropositifs dès le début de l'épidémie, en raison de la propagation rapide du virus dans la communauté, en raison du mode de rapports sexuels (par voie anale), ainsi qu'en raison du non-développement d'interventions ciblées sur ledit groupe.

D'autre part, si le sida ne semble pas avoir touché essentiellement la population hétérosexuelle, ceci est dû, selon notre échantillon au type de rapport sexuel entre un homme et une femme ; cependant, les taux assez bas de contamination enregistrés auprès des hétérosexuels ne sauraient pas être précis, puisque ceux-ci ne se sentent pas concernés par le sida et, donc, ils ne font pas de tests de dépistage. Par conséquent, les données épidémiologiques ne reflètent pas la réalité.

La propagation contrôlée du virus auprès des usagers de drogues est attribuée au manque d'une culture de partage de seringues, au milieu familial qui opère comme un tissu protecteur, à l'accès facile aux seringues, aussi bien qu'à la présence d'organismes publics de soins aux toxicomanes préexistants.

Les militants considèrent que les personnes se livrant à la prostitution (les prostituées légales, au moins) prennent plus de mesures de protection que n'importe quel autre groupe, puisque, pour elles, la santé est un outil de leur travail ; en outre, elles subissent continuellement des contrôles médicaux et, en cas de contamination par le sida, les autorités sanitaires leur retirent leur permis de travail.

En ce qui concerne les immigrés, les personnes interviewées pensent qu', en Grèce, la contamination de la maladie s'achemine vers les pays étrangers plutôt qu'elle n'en est introduite. Ce fait résulterait du profil des immigrés en provenance de pays ayant des taux de contamination faibles au niveau mondial, comme l'Albanie, pays d'origine de la majorité des immigrés en Grèce.

Enfin, les faibles taux de contamination par la transfusion sanguine en Grèce, depuis le début de l'épidémie et jusqu' aujourd'hui, sont attribués au bon fonctionnement du système de santé publique en matière de contrôle de sang, ainsi qu'aux probabilités minimales d'erreurs médicales pendant le contrôle.

5.2.4.6. Partage, saleté et consommation

Lorsqu'il s'agit d'expliquer le danger venu du sida, trois notions sont très présentes dans les entretiens : *le partage, la saleté et la consommation*. Ces trois notions sont considérées productrices de pathologie aussi bien au niveau biologique qu'au niveau social.

La notion de « partage » se trouve au cœur de la vulnérabilité des groupes décrits comme « à haut risque ». Dans le cas des homosexuels, le partage concerne le corps et ses fluides liés aux vecteurs de transmission (réelle ou potentielle) : le sang, le sperme, la salive, la sueur. La communauté homosexuelle est perçue comme un univers clos, formé par une minorité sociale des personnes qui partagent une identité socio-sexuelle commune. Le multipartenariat est considéré comme une caractéristique de ce qu'on appelle la « culture gay ». Étant donné le nombre limité de personnes homosexuelles en général et, plus précisément, de personnes qui font parti d'un ghetto, il y a un partage de mêmes partenaires, un partage de corps. La personne homosexuelle *partage et se partage*. Donc, dans le monde homosexuel fermé et lointain, le virus « se recycle ».

On rencontre le même partage de corps dans l'univers sexuel des personnes prostituées. La prostitution en général, et la prostitution féminine, en particulier, vue comme une sexualité débridée et désorganisée, est considérée comme dangereuse. Exercée dans les maisons closes ou dans la rue, légale ou illégale, elle implique une clientèle masculine en grand nombre, qui *consomme* le même corps : le corps

prostituée. Le corps des femmes prostituées est perçu comme un objet d'usage général (collectif), un produit de consommation. En argot grec, une femme prostituée est simplement une « femme commune », une « femme partagée ».

Le danger encouru par les usagers de drogues injectables réside dans le partage de seringues, comme un rite d'intégration au même groupe social, exprimant une solidarité communautaire, idéologiquement proche du communisme : un groupe solide, égalitaire et solidaire dont les membres partagent de matériel. La notion de propriété individuelle est inexistante et tout (incluant les seringues) appartient à la communauté (souvent amorphe et anarchique, ayant toutefois, ses propres codes et ses propres valeurs).

Le sang occupe la place centrale dans la représentation de la transmission du VIH (Paicheler, 1998). En matière de transfusion, le sang constitue l'objet de partage. Les hémophiles et les transfusés partagent le sang d'un inconnu. Dans ce cas, le partage est perçu comme un acte de solidarité, un don de vie, mais il peut également provoquer la mort si le donneur inconnu est immoral et vindicatif.

La notion de partage est, pourtant, plus globale : elle transcende l'univers corporel et s'étend sur l'univers social ; elle inclut l'identité sociale qui détermine la place de la personne dans la hiérarchie sociale. Tous les membres des groupes mentionnés ci-dessus partagent une identité commune, une identité moralement dévalorisée⁸⁶.

Outre le partage, les discours s'appuient sur la notion de « saleté » pour illustrer le danger par rapport au sida. La saleté est associée à l'échange de fluides corporels. L'acte sexuel est considéré lui-même sale ou propre, selon la personne qui le pratique (*ex.* sexe entre hommes = sale *versus* sexe entre un homme et une femme = propre). Au début de l'épidémie le sida est dépisté chez les hommes qui suivent des pratiques homosexuelles ; on se demandait, donc, « *Mais qu'est-ce que les homos font entre eux pour tomber malades ?* » ou encore « *Qu'est-ce que les homos ont fait pour créer le virus ?* ». Le virus est perçu comme le produit de l'échange de fluides corporels entre hommes homosexuels. Alors que l'échange de fluides sexuels entre un

⁸⁶ Sauf les hémophiles.

homme et une femme peut créer la vie, dans le cas des homosexuels cet échange crée un virus, il sème la mort.

« Il existe un fantasme commun, un fantasme que beaucoup de gens partagent : “Mais que font les homosexuels entre eux pour contracter le sida ?”. » MIL04.

Le sida « sent ». L'odeur de la maladie dangereuse est identifiée au chlore des saunas pour homosexuels, aux poppers des clubs homosexuels et au sperme des salles sombres, aux produits désinfectants et aux tâches laissées par les liquides corporels (sperme et liquides vaginaux) dans les maisons closes, aux urines dans les rues malfamées autour des maisons closes, aux corps sales des immigrés et des usagers de drogues sans-abri. Cependant, cette odeur excite sexuellement certaines personnes, comme cela arrive, de manière instinctive, chez les animaux par la sécrétion d'hormones. Il s'agit des homosexuels qui pratiquent le sexe dans l'anonymat total, dans les lieux de drague, et des clients des prostituées. Dans ce cas, le sexe est considéré comme quelque chose de non-consécutif à la nature de l'être humain qui, doué de raison et de morale, n'agit pas sur la base de ses instincts, à l'opposée des animaux.

« Certains tentent de voir le virus du sida ou de le sentir. On voit quelqu'un aux joues creuses, on se dit “Ah, celui-ci a plutôt une lipodystrophie” ; ou, encore, j'en ai entendu dire qu'on évite les saunas, parce que ces endroits sentent l'hôpital. On confond l'odeur du chlore à celle des antiseptiques qu'on utilise dans les hôpitaux. » MIL06.

« Il y a des hommes qui sont attirés par le plaisir payant. Ils sont guidés par les hormones... comme les chiens. Ils sont impulsifs... À cet instant là, ils ne pensent à rien d'autre. Cependant, l'homme ne dispose pas seulement d'instinct, il est aussi doté de raison. » MIL09.

Les observations ci-dessus nous conduisent à la logique du propre *versus* le sale, selon laquelle le sida est interprété comme la conséquence de la transgression des lois de la nature, mais, également, celle des règles morales. Dans le cas présent, les facteurs biologiques et sociaux s'identifient au sens commun.

Enfin, la notion de « consommation » émerge à travers le raisonnement. À l'ère de la mondialisation, où l'on entreprend la configuration d'un nouveau mode de vie universel fondé sur la consommation, le sexe est transformé en produit de consommation. Les relations interpersonnelles sont caractérisées par l'éphémérité et par la superficialité. « L'autre » fait l'objet de consommation directe et, dans le cas de la prostitution, « l'autre » est vu comme un produit racheté. En ce qui concerne les

homosexuels, ils ont fait l'objet d'exploitation par des milieux d'affaires qui ont formé un mode de vie précis fondé sur la surconsommation de biens (exploitant les conditions sociales des homosexuels : célibataires, sans charges familiales), comme moyen symbolique de leur insertion, qui débouche sur un grand profit financier des dites entreprises. En outre, à cause de la « banalisation » de l'homosexualité dans les sociétés contemporaines, certains éléments de la culture gay sont passés au mode de vie hétérosexuel et font désormais partie d'un nouveau type de relations entre les deux sexes (échangisme, multipartenariat, sexe dans l'anonymat, usage de pornographie, déculpabilisation des pratiques sexuelles dévalorisées par la société et la religion, comme le sexe anal⁸⁷), adoptées par le couple hétérosexuel, PACS⁸⁸ au lieu de mariage etc.)⁸⁹. Conformément à une personne de notre échantillon, l'adoption, à grande échelle, du mode de vie précis est particulièrement dangereuse pour la population générale en matière de sida, les taux élevés de contaminations chez les homosexuels comme preuves à l'appui. D'autre part, la consommation confère au sujet une identité sociale. Elle lui offre une place dans la société et lui assure le respect du milieu, à travers la projection de la force symbolique de l'argent, les possibilités de possession et d'acquisition offertes par ce mode de vie.

« Moi, je ne supporte pas être au sein d'un groupe cible visé par les multinationales, car c'est l'objectif de la multinationale qui déploie une telle stratégie. Je ne veux pas faire de la publicité pour une marque que je dois payer encore plus cher, c'est-à-dire acheter un produit de marque en exhibant une étiquette "Regardez -moi" /.../ La même logique régit le rapport sexuel. On va faire l'amour sans préservatif et si c'est avec une prostituée, on va payer plus cher. Tu as quoi ? Je l'achète littéralement. On ne veut pas d'un rapport sentimental, on a juste envie d'un simple rapport sexuel. C'est ça que l'on achète. On trouve quelqu'un, on dépense 10 minutes pour marchander, puis peu avant l'acte de la pénétration, on marchande pour que ça se passe sans préservatif. Pourquoi ? Pour réduire le contact ou pour mieux le sentir ? Tout ceci est faux. Sentir quoi ? Puisque dès le début on ne veut pas sentir quoi que ce soit et, donc, on se conduit selon cette logique. Si on avait envie de sentiments, on s'engagerait dans une relation ; là, on veut acheter. On rentre dans la logique de l'acheteur: je consomme et ça fait de moi quelqu'un. » MIL07.

⁸⁷ Appelé également la « sodomie » et tant de décrire un acte sexuel précise qui passent entre les homosexuels.

⁸⁸ Pacte Civile de Solidarité

⁸⁹ Cf. les travaux de Daniel Welzer-Lang sur la masculinité.

« Certaines pratiques deviennent courantes chez les hétérosexuels... ils commencent à adopter certaines des habitudes des homosexuelles... ceci est dangereux... Regardez les taux ! » MIL09.

5.2.4.7. Le profil de la personne à risque : l'homme efféminé... et l'histoire du « mauvais » sang

Nous présenterons, ci-dessous un extrait du discours d'un militant qui travaille également en milieu hospitalier, révélateur, à notre avis, des relations intergroupes et des conceptions stéréotypées en matière de sida, esquissant la forme archétype du séropositif en tant que « l'autre dangereux ».

« Ça coûtait cher de former à Athènes cinq-six personnes⁹⁰ pour l'élaboration des entretiens. Par conséquent, moi – outre la pression de mon travail qui se faisait sentir – je les ai formées, je leur ai appris comment faire le test, comment entretenir une discussion, qu'il faut se méfier des personnes qui viennent à plusieurs reprises, attention, il y a un problème, là, un grand problème : nombreux sont ceux qui ne viennent pas au Centre de Référence Sida. C'est-à-dire que, si l'on a eu des relations sexuelles avec une personne à haut risque de contamination, on va faire un soi-disant don de sang. Je les ai bien formées ces jeunes filles, elles sont devenues des expertes en la matière, tellement elles étaient flexibles, elles étaient formidables. Elles s'apercevaient si on venait pour faire un don de sang en bénévole ou bien si on avait autre chose en tête. On trouvait alors un prétexte, un truc pour les renvoyer. On leur disait qu'ils avaient un taux d'hématocrite bas et qu'il fallait revenir dans un mois. Mais on leur donnait du temps... un mois ; ou bien on appelait le médecin qui leur prescrivait des vitamines et leur conseillait de revenir dans 45 jours. Nous avions calculé le temps... une-deux semaines ou 40 jours, nous nous étendions sur deux mois, on sait dès lors que nous avons rendez-vous dans deux mois. /.../ Elles leur posaient, bien entendu, certaines questions indirectes et sur le champ, elles se rendaient compte qu'elles n'avaient pas affaire à des anges, elles leur demandaient s'ils n'avaient pas eu une aventure, “Dites donc! Vous m'avez l'air bien pétillant”, ceux-ci s'ouvraient à elles, “Voilà... je suis tombé sur quelqu'un”, “Bien fait, il faut revenir une prochaine fois pour qu'on fasse un petit test, mais attendez un instant, donc, pour qu'on prélève votre taux d'hématocrite, vous êtes un peu pâlot”. Elles prélevaient l'hématocrite et elles leur annonçaient un taux beaucoup plus bas que le taux réel, ceux-ci avaient littéralement peur, très peur. Ou bien, elles les renvoyaient en leur disant que leur pression artérielle était élevée, “Calmez-vous et revenez dans un mois”. C'est-à-dire qu'ils étaient dans l'ignorance. Après deux-trois mois, ils revenaient pour un don de sang, le comble ! Nous, évidemment nous avons contrôlé le sang et, en particulier, nous avons procédé

⁹⁰ Des infirmières

à deux tests ELISA supplémentaires. Mais, souvent, on constatait que le deuxième et le troisième test ELISA étaient négatifs. Selon notre expérience, nous savions que, sur les trois tests, si l'un était positif et les deux autres négatifs, c'est qu'il était négatif. Cependant, nous n'étions pas satisfaits de ce test et procédions à une confirmation. Et même si la confirmation était négative... si nous croyions que quelque chose n'allait pas, on procédait, alors, à la méthode de la biologie moléculaire. C'est-à-dire, l'une de petites astuces /.../ vois-tu, certains se faisaient remarquer par leur comportement. Moi je les prenais au sérieux, tout d'abord, on acceptait tout le monde. C'est-à-dire que, malgré leur particularité, nous les recevions comme s'ils étaient normaux et je voudrais que nous soyons sérieux avec eux. Je vais te citer un cas. Un jeune homme... je connaissais ses sœurs ; ses sœurs étaient laides, très laides, des viragos. Ce jeune homme homosexuel, était tellement beau, on dirait une femme. Tellement beau que s'il porterait une perruque, on dirait... Chiloudaki⁹¹ ! Quelqu'un faisait la ronde dans son territoire, un porteur du sida, une personne à risque, je lui ai signalé qu'il ne fallait pas le faire, c'est-à-dire j'ai passé deux-trois heures avec lui, pour le convaincre de ne pas avoir de rapport avec cette personne. Parce que, tu sais, ces personnes ont une certaine faiblesse, cette personne était bien faible, il fallait l'aider. Il avait une confiance absolue en moi. C'est-à-dire qu'ils avaient tous une confiance totale en moi. Parce que, moi, je ne me suis jamais moqué d'eux, je les acceptais tels qu'ils étaient et je leur offrais de l'assistance. Ils me réclamaient, ils nous téléphonaient, ils venaient nous voir, tandis que ceux qui étaient considérés normaux... les hommes normaux avaient une toute autre attitude. » MIL09.

Conformément à la personne interviewée, le risque est détectable et ceci en raison de certaines caractéristiques particulières qu'il présente. Quelles sont donc ces caractéristiques du risque lié au VIH ? Le risque de propagation du virus et de la création d'une vague pandémique en la « personne » d'un homme homosexuel efféminé et provocant. D'ailleurs, l'homosexualité – et en particulier l'homosexualité efféminée – constitue par définition un défi, car elle bafoue les normes, les mœurs, les valeurs, les règles de conduite socialement acceptables. En outre, l'homosexualité est présentée d'une manière représentative en tant qu'une forme dégénérée du sexe masculin, une « anomalie », dans le sens de différenciation biologique de l'image stéréotypée de l'homme dans les sociétés patriarcales et les sociétés conservatrices. C'est pour cela que, dans le discours du militant, l'homosexuel se trouve en opposition avec « le normal », « l'homme normal ». La féminisation constitue une caractéristique particulière, un « stigmat » de l'homosexuel, un signe distinctif de la personne potentiellement dangereuse.

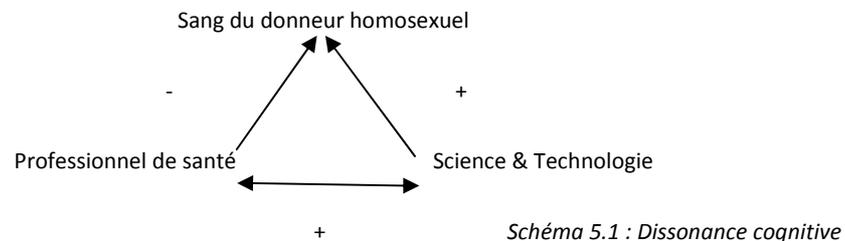
⁹¹ Une célèbre transsexuelle grecque qui avait fait parler d'elle en raison de sa relation amoureuse avec un procureur, venu pour effectuer un contrôle dans la maison close où elle travaillait.

Les professionnels de la santé « sont formés » au repérage de la personne dangereuse (sur la base de ses caractéristiques efféminées), pour lui poser des obstacles ou, mieux, selon notre interlocuteur, pour la « renvoyer ». C'est ainsi qu'est formé un groupe « spécifique » de contrôle pré-laboratoire du sang. Le contrôle se réalise donc en deux étapes : a) *avant* la prise de sang et b) *après* la prise de sang. Le « contrôle avant la prise » est fondé sur *l'observation* du comportement (masculin) de l'individu (« *certains se faisaient remarquer par leur comportement* ») et sur l'entretien (« *Elles leur posaient, bien entendu, certaines questions indirectes...* »). Si le candidat au don de sang « semble être » un homosexuel, il est éliminé. On pourrait donc assumer que son sang est considéré comme du « sang contaminé », dangereux pour les autres. Le « contrôle après la prise de sang » est réalisé à travers des examens de laboratoire particuliers, étant donné que le sang du suspect est maintenu en quarantaine pendant approximativement deux mois, afin que la « fenêtre » sérologique, c'est-à-dire le délai de détection du virus par la technologie médicale soit évitée. Et, tandis que dans tous les autres cas, le résultat négatif de l'examen ELISA est acceptable et considéré fiable, dans le cas du « **mauvais sang** »⁹² l'examen est répété à plusieurs reprises et, en particulier, avec des méthodes plus développées, fiables, mais onéreuses en même temps (contrôle moléculaire), afin de faire une confirmation multiple. Comme si les professionnels de la santé ne croyaient pas au résultat négatif du contrôle de laboratoire, alors que les résultats et les conclusions du contrôle hématologique pré-laboratoire (par l'observation) laissaient apparaître l'image d'un sang à risque, ce qui crée un type de *dissonance cognitive* (cf. Schéma 5.1). La répétition multiple des contrôles de laboratoire sous-entend une forme de méfiance de la part des professionnels de la santé face à la science et à la technologie, qui semblent se fier plutôt – peut-être inconsciemment, aussi – à leurs représentations. Pour décrire la stratégie développée ci-dessus, notre interlocuteur utilise le mot « **truc** ». Le terme « truc » inclut dans son interprétation la notion d'imposture. Il s'agit de la réponse des experts face aux homosexuels tentant à les duper (« *on va faire un soi-disant don de sang* ») et, même, d'une sorte de « punition » – si l'expression nous est permise –, puisque que le « truc » des experts était en réalité une pratique d'intimidation des homosexuels, ayant pour conséquence leur

⁹² « Mauvais sang » : titre d'un film français réalisé par Leos Carax, sorti en 1986.

désorganisation et leur déstabilisation psychologique (« *ils avaient littéralement peur, très peur.* »).

L'homosexuel est caractérisé sentimentalement immature (« *pétillant* »), moralement déchu (« *elles se rendaient compte qu'elles n'avaient pas affaire à des anges* »), psychologiquement faible (« *ces personnes avaient une certaine faiblesse* »). Ces caractéristiques le rendent dangereux pour les autres, pour la société (« *Quelqu'un faisait la ronde dans son territoire, un porteur du sida, une personne à risque* »). Comme nous le verrons également dans la prochaine recherche (analyse de presse), ce profil correspond à l'archétype du « porteur », où le séropositif (habituellement un homme homosexuel) est un malfaiteur résolu et vindicatif.



5.2.4.8. Responsabilité individuelle versus responsabilité collective

La construction de la responsabilité figure parmi les différenciations importantes entre les militants et les autres acteurs interviewés. Alors qu', à travers leur discours, les autres acteurs révèlent la dimension de la responsabilité individuelle de la contamination par le VIH, les militants attribuent une grande importance à ce que nous appelons la « responsabilité collective ». « La responsabilité collective » peut concerner soit l'endogroupe (*responsabilité endogroupe*) soit les relations intergroupes (*responsabilité intergroupe*) soit la société en général (*responsabilité sociale*). Joel Feinberg (1970), entre autres, a argué du fait que les sociétés et d'autres groupes des personnes peuvent avoir ce qui s'appelle la responsabilité morale collective d'un état de la question.

Plus particulièrement, les personnes interviewées soutiennent que la communauté doit assumer elle-même la responsabilité de la protection de ses membres. Par conséquent, l'initiative et l'action pour la prévention d'une menace au

sein de la communauté provient des membres de l'endogroupe. Dans les pays de l'Europe occidentale et de l'Amérique du Nord, cette responsabilité endogroupe semble avoir été assumée par la communauté des homosexuels. Bien qu'en Grèce nous ne rencontrions pas un mouvement homosexuel dynamique (au début de l'épidémie, au moins), les personnes interviewées reconnaissent que la responsabilité exclusive de la prévention et de la protection des homosexuels grecs provient (et continue de provenir) du seul domaine de leur communauté, à travers des actions de prévention et de soutien.

En outre, plus particulièrement, notre échantillon considère que la mise en place d'un réseau social et d'une collaboration étroite des réseaux, est d'une importance cruciale pour la prévention efficace de l'épidémie. Tous les groupes spécifiques stigmatisés par le sida, ont été organisés en groupes de soutien mutuel et d'entraide. Cependant, ces groupes n'ont jamais réussi à créer un réseau qui puisse constituer un levier de pression politique (lobbying), un interlocuteur reconnu des pouvoirs publics et un instigateur d'un débat public plus large qui engendrerait des fermentations sociales dans le but d'amener des changements au niveau institutionnel, social et culturel. Par conséquent, ce type de responsabilité collective, fondée sur les relations intergroupes, n'a jamais été développé en Grèce.⁹³

Enfin, la responsabilité sociale est decristallisée dans les politiques officielles de l'État, mais, aussi, dans les expressions informelles de solidarité de la société. Conformément à notre échantillon, les actions de l'État grec (comme nous l'analyserons ci-dessous) se sont limitées à la seule population générale, tandis que les groupes vulnérables assimilés à l'immoralité, qui se trouvaient en marge de la société grecque avant l'époque du sida, ont été systématiquement ignorés : il s'agit là d'une attitude de dédain social qui frise la limite d'une sanction vindicative à l'égard de ces groupes.

« Le sida concerne des groupes vulnérables, plus précisément, soit ceux des usagers de drogues ou ceux des femmes et des hommes qui se prostituent, il concerne les homosexuels, il

⁹³ La Belgique constitue un exemple caractéristique de réponse organisationnelle (*organisational response*), où on observe une multitude d'associations (associations sans but lucratif) ciblées selon le *target group*, ainsi qu'une alliance forte entre ces associations (EX AEQUO asbl en direction des homosexuels, MODUS VIVENDI asbl en direction des usagers de drogues, ESPACE P asbl en direction des personnes prostituées etc.).

concerne les marginaux. J'ai entendu des commentaires d'un cynisme! Comme si on s'attendait simplement qu'ils en tombent malades. » MIL06.

« Les homosexuels ont été considérés comme un groupe dont qui ne doit pas être abordé, parce que les homosexuels ne sont pas de citoyens décents et, de toute façon, un ministère respectable "ne s'occupe pas des homosexuels". /.../ La politique de lutte contre le sida en Grèce se résume en ceci : "contractez le sida, on est là pour vous soigner, les hôpitaux sont à votre disposition". » MIL05.

D'autre part, la société grecque, en tant que société traditionnelle et conservatrice, n'a pas manifesté un souci collectif face aux personnes atteintes du VIH/sida. Au contraire, le sida a été un élément essentiel pour la stigmatisation des minorités déjà marginalisées et méprisées. Conformément aux militants, l'attitude de la société, en général, et celle de l'État plus spécifiquement, peuvent être expliquées par le fait qu', en Grèce, la maladie constitue une préoccupation de la famille et non pas de l'État, aussi bien que par l'absence de tradition d'un mouvement citoyen en ce qui concerne les sujets de santé dans le pays. En Grèce, la maladie est une responsabilité individuelle, qui peut « être partagée » par les membres unis par les liens du sang.

« En Grèce, il n'existe aucune tradition d'un mouvement sanitaire. En outre, la famille joue le rôle de l'État providence. Les malades sont soignés par leur famille. La maladie est une affaire familiale. » MIL04.

5.2.4.9. L'effet des représentations de la responsabilité dans les politiques de prévention du sida

Il a été demandé aux sujets de la recherche d'interpréter les politiques appliquées sur la prévention du VIH/sida. Dans le Schéma 5.2, nous présentons sommairement la politique de prévention du sida et la protection de la santé publique en Grèce.

Concernant le domaine de la prévention et, en particulier, celui de la prévention primaire, l'État a développé des campagnes de sensibilisation, qualifiées de circonstanciées et fragmentaires, sans cohésion ni continuité, par les représentants des ONG qui participent à la présente recherche. Ces campagnes sont destinées à la population générale, alors qu'aucun effort systématique d'information des groupes spécifiques n'a été fourni par l'appareil étatique. En outre, les financements étatiques

des initiatives des groupes spécifiques, dans le cadre du renforcement de leurs communautés, sont négligeables, plutôt considérés comme le fruit des tactiques « contraignantes » de la part des ONG, que les militants désapprouvent, considérant, néanmoins, qu'ils n'ont pas d'autre choix. Les personnes interviewées nous citent des exemples qui corroborent cette image d'indifférence de l'État à l'égard des populations vulnérables.

« Tenez, autour de l'an 2002, certaines organisations actives comme la nôtre, avaient décidé de procéder à une action « coup d'état » auprès du Ministère, c'est-à-dire de démissionner de la Commission que nous avons nous-mêmes créée... pour obtenir certaines choses par la force. L'État grec avait refusé de s'occuper des homosexuels et des lesbiennes en tant que groupes de population nécessitant un type d'approche et d'information différentes et pour forcer, donc, l'État de promouvoir ce projet, on a quitté la Commission pour faire scandale. » MIL05

« Depuis l'été, nous sollicitons le Ministre de la Santé et nous ne sommes toujours pas reçus, parce qu'il ne veut pas nous entendre. Nous lui envoyons des documents, nous lui envoyons un fax, nous avons mis à profit tout les moyens, nous avons passé un coup de fil à Rigilis (siège du parti de la Nea Dimocratia⁹⁴), il reçoit tous le monde sauf nous. Et nous avons commis un acte ignoble. Quelques jours auparavant, nous avons rédigé un communiqué paru dans le journal ELEFTHEROTYPIA le 22 décembre, invitant tel patient ayant subi une intervention chirurgicale de liposuction, le 8.12.2004, qui avait déclaré de faux éléments à tel hôpital privé, à se présenter aux locaux de l'ACT UP Hellas pour le retrait de ses sutures, où nos médecins et nos membres seraient tenus d'observer une discrétion absolue. On recommandait au patient d'éviter les services des urgences et les hôpitaux publics, car un ordre de recherche avait été lancé contre lui par le Ministère de la Santé. On donnait nos numéros de téléphones pour plus d'informations... et on exprimait notre indignation au nom de l'ACT UP Hellas. On avait procédé de la sorte et le Ministère n'a même pas bougé. » MIL07.

En matière de prévention secondaire, depuis l'apparition du sida, l'État a renforcé son argumentation, a pris de mesures de contrôle médical régulier des femmes se livrant à la prostitution, a créé un mécanisme intra-hospitalier pour le contrôle intensif du sang et de ses éléments relatifs et, enfin, il a exclu les homosexuels du don de sang. Selon les militants homosexuels ayant participé à notre recherche, cette décision est révélatrice de la représentation de l'homosexuel en tant que personne potentiellement malade. Ils n'hésitent pas à comparer cette décision – qu'ils qualifient de purement politique – avec la décision politique de 1977 pour le contrôle obligatoire des homosexuels en matière de MST.

⁹⁴ Parti libéral

« On a encaissé le mépris et la perte de notre dignité pendant longtemps et, malheureusement on continue d'encaisser. Les homosexuels sont exclus du don de sang, par la loi, comme s'ils étaient les seuls porteurs du sida ! Quels cafres ! Les homosexuels sont toujours persécutés comme jadis, lors de cette loi honteuse à propos de maladies vénériennes, une loi qui heureusement n'est pas passée finalement... » MIL02.

Conformément aux sujets de notre échantillon, toutes les trois stratégies ci-dessus ont pour objectif la protection de la population générale, en tant qu'entité unique, uniforme et indivisible, symbole des valeurs morales et des règles sociales, à l'opposée des groupes spécifiques, moralement déçus, qui représentent un risque élevé, non seulement de propagation de l'épidémie, mais, encore, pour les normes prédominantes. Ces stratégies de prévention sont aussi renforcées par les dispositions réglementaires sur la protection de la santé publique face au sida, qui se résument à la pénalisation de la transmission « volontaire » du virus, d'un séropositif à une personne « non suspicieuse », et au contrôle obligatoire des femmes se livrant à la prostitution. La politique générale pour la prévention du sida en Grèce se caractérise par un degré élevé de *moralisation*, car, comme le rapporte une personne interviewée : « *L'État croit que c'est ça le mode de prévention approprié... qu'il a le devoir de tenir le cap...* ». Il continue: « *La prévention du sida est extrêmement désapprouvée. Comme si on approuverait, disons... si on promouvrait le mode de vie des homosexuels, des toxicomanes... en faisant une campagne à leur profit. Comme on me l'avait dit autrefois, avec raison, "le sida est une bonne occasion de réviser notre mode de vie et... de redéterminer nos valeurs". Si l'on considère qu'un des membres du Conseil d'Administration du KEELPNO est un représentant de l'Église, il est facile de comprendre la politique (de prévention du sida) telle qu'elle est suivie en Grèce.* » MIL06.

En ce qui concerne les politiques de soutien des personnes qui vivent avec le VIH/sida, qui, selon l'hypothèse commune, sont désormais les plus progressistes auprès de la société⁹⁵, elles sont attribuées à la pression exercée sur l'État, par les associations des patients et des groupes sociaux vulnérables, ainsi qu'à l'effort de l'État, d'assurer le « silence » des « victimes », par une allocation « symbolique » et par la gratuité des médicaments, et le rejet des tensions sociales, qui seraient enclenchées par un sentiment endogroupe ou / et intergroupe d'injustice sociale.

⁹⁵ Rédaction et allocation complémentaire de maladie, gratuité des médicaments pour **tous** les patients.

« “Nous sommes obligés de vous donner des médicaments pour calmer vos protestations” : c’est le minimum imposé par la règle. Pour ne pas tout foutre en l’air. » MIL05.

Cette attitude de l’État, tentant à travers la « prévoyance » d’apaiser sa conscience coupable, est représentative de l’attitude, plus générale, de la société grecque à l’égard des séropositifs au VIH et des malades du sida, qui sont tenus « responsables » de l’émergence de la maladie. « *Pour qu’on puisse tous s’endormir sur nos lauriers...* », comme le déclare une personne interviewée, de façon caractéristique, à la fin de l’entretien (MIL05).

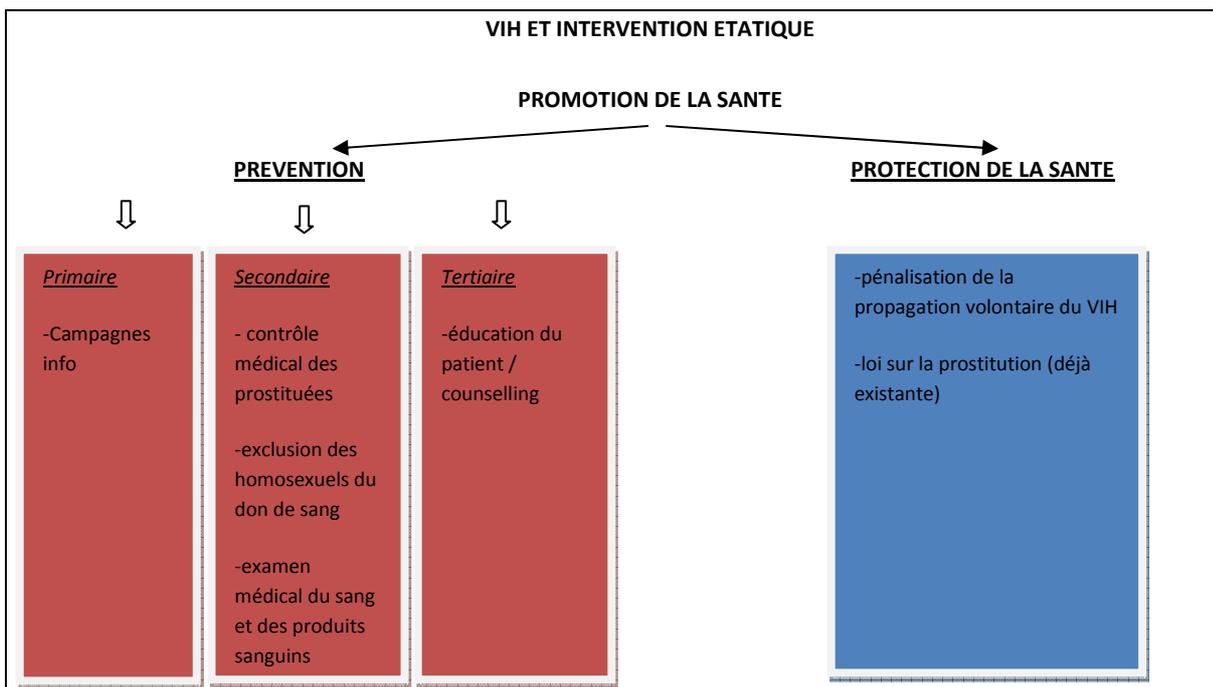


Schéma 5.2 : VIH et intervention étatique

5.3. Conclusion du chapitre

L’étude présentée ici est plutôt une recherche à caractère exploratoire qu’une étude ayant comme but le contrôle des hypothèses concrètes. Comme nous l’avons déjà précisé dans le chapitre concernant la méthodologie à suivre, cette étude a été orientée par la grounded theory. Notre but central était d’enlever des éléments intéressants sur le terrain, de les codifier et de les catégoriser en vue de formuler des hypothèses concrètes qui seront examinées dans une étape suivante. Cependant, quelques hypothèses ont été avancées relativement à la perception du risque personnel

par les acteurs impliqués dans la lutte contre le sida, ainsi que relativement à l'attribution de la responsabilité à différents types des personnes atteintes.

Tout d'abord, il faut souligner la domination de la notion de « groupes à haut risque » dans le discours des interviewés, en vue d'illustrer des groupes sociaux concrets qui sont plus menacés par la maladie. Tous les acteurs sociaux, hormis les militants, représentants des ces groupes, se sont référés au « groupe des 4 H » afin de donner le sens de ce qu'on appelle le « risque ».

L'attribution de responsabilité semble être plus élevée pour les personnes qui dérogent au comportement normatif, comme les homosexuels, les usagers de drogues, les prostituées et, à un degré inférieur, les hétérosexuels, ayant des relations sexuelles caractérisées par une certaine promiscuité. Les homosexuels sont principalement tenus pour responsables de la maladie. Cette attitude peut être traduite à la fois par la présence élevée de cas de sida au sein de leur communauté ainsi que par la forte stigmatisation de ce groupe en Grèce. Un haut degré de responsabilité – moindre par rapport à celle des homosexuels – est attribuée aux usagers de drogues. Cette indulgence est expliquée par le paysage épidémiologique du sida chez les usagers de drogues en Grèce, compte tenu des données épidémiologiques des autres pays européens occidentaux, aussi bien que par médicalisation de l'usage, qui a contribué à la formation de la représentation de la toxicomanie-maladie mentale.

La formule des groupes à haut risque a mené à la distinction des malades en deux grandes catégories conceptuelles : a) les *malades coupables* et b) les *malades innocents*. La première catégorie englobe les homosexuels, les usagers de drogues, les personnes prostituées, les hommes / femmes qui ont une vie sexuelle caractérisée par la promiscuité. Les interviewés ont mis l'accent sur la volonté et la responsabilité personnelle. Aux antipodes de cette catégorie, on trouve les hémophiles, les transfusés et, même, les femmes hétérosexuelles – contaminées par leurs époux – et les enfants. Dans ce cas, la contamination est perçue par les interviewés comme une « faute extérieure » (attribuée à un être ou à une condition) et, par conséquent, ces groupes sont considérés « non responsables ».

Nos interlocuteurs ont recours à des jugements moraux lorsqu'ils parlent de la maladie en général et du sida en particulier. Ils se réfèrent aux relations endogroupes, exogroupes et intergroupes. Dans leur discours, la « déviance » constitue une

caractéristique plutôt sociale que purement personnel de l'individu, un stigmaté partagé qui façonne l'identité sociale, en créant des liens entre les membres du même groupe. L'identité sociale, aussi bien que les relations endogroupes / exogroupes, semblent constituer des variables significatives pour la compréhension de la logique attributionnelle de la responsabilité liée à l'infection au VIH. On pourrait dire que le risque vient de l'extérieur, du dehors. C'est l'autre, le différent, le membre de l'exogroupe qui donne sens au « risque » et au « danger ». On est en danger lorsqu'on se trouve à l'extérieur du groupe d'appartenance. On recourt à l'endogroupe pour trouver la sécurité ; tout contact avec l'exogroupe est une source d'incertitude, d'insécurité et de peur. Cette stratégie est suivie par la société envers les minorités marginales, aussi bien que par les groupes minoritaires envers la majorité sociale ou envers les autres minorités. L'attribution de la responsabilité suit le même chemin sociocognitif : la responsabilité est attribuée à l'autre, le différent de moi, le différent de mes pairs... La responsabilité est aussi liée à ce qui, dans un cadre spatiotemporel précis, est considéré par une société comme immoral, dévalorisé, honteux (un acte, un comportement ou une caractéristique de la personnalité). L'attribution de responsabilité est, en fait, un jugement moral et un *labelling* qui conduit à la stigmatisation et à l'exclusion d'un groupe social. On peut, donc, conclure que la responsabilité est une construction sociale. Dans le contexte du sida, « l'autre dangereux » (celui qui peut transmettre le virus mortel aux autres) a le profil d'un homosexuel, d'un usager de drogues, d'une personne prostituée (souvent femme et immigrée). Celui qui adhère à un système de valeurs différent de celui dominant dans une société précise, à un temps donné, est potentiellement dangereux.

Comme on a montré dans notre analyse, les représentations construites sur le modèle bipolaire « coupable *versus* innocent » ont un impact significatif sur les décisions politiques et sur les interventions élaborées dans le cadre de la prévention. Selon les sujets participants, l'État a tenté de contrôler la propagation de l'épidémie en développant des stratégies destinées à la population générale, excluant les groupes vulnérables. On remarque une seule exception, dans le cas où il y a des pratiques qui incluent ces groupes-là (comme le don de sang par les homosexuels) ou lorsque ces groupes se confondent à la population générale (comme dans le cas de la prostitution) et menacent – directement ou indirectement – des personnes non responsables et innocents. Afin d'interpréter les politiques de prévention, tous nos interviewés ont

recours à un processus attributionnel de responsabilité. À travers leurs arguments, ils ont établi un lien entre responsabilité et politique préventive. Selon leur raisonnement, l'attribution de responsabilité constitue un facteur primordial dans le processus de prise de décision et joue un rôle important dans la planification des politiques. Donc, l'absence d'une politique ciblée sur les groupes vulnérables pourrait être expliquée par l'indifférence étatique à l'égard de ces groupes dévalorisés et marginaux. De ce point de vue, les attributions de la responsabilité qui constituent le stigmat, font partie de la morale sociale à partir de laquelle les politiques sociales sont formulées. D'autre part, certaines réponses politiques et sociales peuvent être considérées « punitives ». Ces réponses ont un impact remarquable aux efforts de prévention communautaire, alors que les gens évitent les programmes et les services sanitaires, car ils estiment qu'ils y seront jugés moralement pour leur mode de vie et leurs choix. Dans notre cas, l'absence d'une stratégie ciblée, peut être comprise comme une réponse sociopolitique « punitive » contre des modes de vie dévalorisés.

Les résultats de cette recherche à caractère exploratoire montrent que, dans le contexte du VIH, la responsabilité est attribuée aux groupes marginalisés et dévalorisés, portant un stigmat préexistant. Leur vulnérabilité est perçue comme un « haut risque » pour la population générale et leur contamination potentielle est considérée selon un point de vue punitif (absence de volonté d'intervenir, aider).

Parallèlement à cette étude, nous avons mené une deuxième recherche qualitative en vue d'explorer la construction médiatique⁹⁶ du sida. Dans le chapitre suivant, nous présentons les données recueillies par une analyse de contenu des communiqués de presse, tant au niveau conceptuel qu'au niveau significatif, afin de les comparer aux données obtenues au moyen des entretiens et, enfin, à travers une approche synthétique, de déterminer les questions et les hypothèses que nous allons vérifier en expérimentations de terrain.

⁹⁶ Comme nous avons noté dans le chapitre concernant la méthodologie, les médias constituent un des acteurs qu'on appelle « secondaires », « périphériques » ou « acteurs – satellite » dans la lutte contre le sida, dont leur rôle est important surtout en ce qui concerne l'information et la formation des perceptions et des attitudes de la population.

Deuxième recherche :

Le phénomène « sida » dans les quotidiens grecs : représentations sociales et construction de la réalité

Les événements sociaux n'existent que dans la mesure où les médias les façonnent.

Eliséo Veron

6.0. La médiatisation d'une maladie emblématique

Comme nous l'avons déjà mentionné, au début des années 1980, l'invasion de la sphère publique par une étrange maladie – en ce qui concerne sa dispersion autant que ses modes de transmission – a ramené sur le devant de la scène la maladie-fléau, cette représentation oubliée depuis l'époque des grandes épidémies, engendrant la peur collective et la panique. Pierret (1992) souligne que cette représentation sociale est le résultat de la manière dont la nouvelle maladie est présentée par les médias ; elle remarque, en outre, que « c'est la grande nouveauté par rapport aux épidémies du passé ». Cette maladie a dominé la vie publique sous la forme acronymique « SIDA », transformant un terme médical complexe – Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises – en slogan bien sonnant, mondialement reconnaissable, qui figure en gros caractères à la une des journaux et a un impact sur les relations sociales, les valeurs et les normes de l'ère contemporaine.

Plus que toute autre maladie, le sida confère à la médecine et, plus généralement, à l'univers de la santé, une dimension informationnelle et médiatique. Pierret (1992) écrit sur le pouvoir de la presse concernant le sida : « C'est bien la presse, dans un mouvement d'interaction constant avec le développement scientifique et médical, qui a fait du sida non seulement un phénomène biologique, mais aussi un phénomène social ». Berridge (1996) note : « le sida nous a vraiment frappés en 1985 (...) Il est arrivé via les médias autant que de n'importe où ailleurs » et Aron (1988) souligne : « Pour la première fois dans l'histoire, malades et chercheurs ont dû s'en

remettre à la presse pour apprendre ou diffuser, presque en temps réel, de l'information ». Ainsi, le sida s'est rapidement transformé en nouvelle « réalité sociale », comprenant la charge émotive et la polarisation des relations sociales (Herzlich & Pierret, 1988). En outre, le sida touche aux éléments les plus profonds et les plus intimes de la nature humaine, le sang et le sexe lui servant de transmetteur, comme l'écrit Susan Sontag. « D'une certaine façon, il ne faut pas médiatiser le sida. Il est par nature médiatique » (Bez, 1993, p. 140). Comme le font remarquer Marková et Wilkie (1987), la publicité que les médias donnèrent au sida était l'un des principaux facteurs affectant la formation des représentations sociales sur cette maladie. Tentant une comparaison entre sida et syphilis, les deux auteurs notent qu'il y avait peu de références à la syphilis dans la presse, étant donné que la question des MST constituait un sujet tabou. « En revanche, faits, chiffres, mythes et demi-vérités sur le sida apparaissent quotidiennement dans la presse populaire. Sans aucun doute, à notre époque, le sida fait vendre les journaux » (Marková & Wilkie, 1987, p. 406).

L'étude du sida à travers les médias nous aide à mieux comprendre comment une maladie acquiert une place aussi importante dans la vie publique et, de dysfonctionnement organique, elle devient un phénomène social dans une nouvelle réalité sociale. Ainsi, nous appréhendons la manière dont se réalise le passage du « personnel » au « collectif » et du « privé » au « public », en transformant ce qui était une affaire personnelle en sujet de préoccupations et de responsabilités sociales. La maladie cesse d'être l'expérience personnelle de ceux qui souffrent (les malades) et de ceux qui la considèrent comme un devoir (médecins) et devient une préoccupation collective, qui se traduit par le développement d'un débat public, la création de mouvements sociaux et la prise de mesures politiques. En outre, pour contrer cette maladie menaçant la vie collective, des mécanismes de contrôle social sont mobilisés, récusant certains choix de vie individuels et certains systèmes de valeurs personnels.

Les médias ont été utilisés comme outil de promotion de la santé par les médecins et les mécanismes de santé publique, afin d'informer directement et rapidement la population sur les modes de transmission et sur les modes de prévention du virus VIH⁹⁷ ; ils ont constitué également une source d'information pour les

⁹⁷ Selon des recherches aux USA, 72% de la population citent les médias (télévision, radio, presse) comme source principale d'information sur le sida (UNAIDS, 2004). De même, en Grèce, 73,8% des personnes interrogées déclarent que leurs connaissances sur la question du sida proviennent

patients, en matière de développement d'investigations cliniques, contribuant, ainsi, à maintenir un climat d'espoir et d'optimisme. En outre, selon une enquête du KABP, menée à Athènes en 1989, organisée par le Département de sociologie de l'ESDY en collaboration avec le Global Program on AIDS (GPA) de l'OMS, pour une part importante de l'échantillon, les médias sont la source la plus importante d'information et sont considérés comme fiables en matière de santé et de sida. Bien que, parmi tous les médias, la télévision occupe une place à part en ce qui concerne les questions de santé et le sida, le journal est un vecteur d'information particulièrement populaire en Grèce. Plus précisément, en fonction du sexe, 70,3% des hommes et 45,3% des femmes sont informés par la presse sur les questions de santé et 65,8% et 34,9% respectivement en sont informés sur les questions concernant le sida.

Or, exploitant l'impossibilité de la médecine à agir et à apporter des réponses aux questions sur la nature et l'origine de cette maladie mystérieuse, les médias ont répondu à l'attente de l'opinion publique exigeant des « coupables », en stigmatisant et en marginalisant des individus et des groupes sociaux. Selon les scientifiques qui ont étudié le développement socio-historique du sida dans les sociétés occidentales (Berridge, 1996 ; Steffen, 1996 ; Van den Boom, 1998 ; Rosenbrock et al, 1999 ; Setbon, 2000), les médias ont contribué tant à la différenciation initiale du sida des autres maladies en lui prêtant un caractère « exceptionnel », qu'à sa « normalisation » progressive ou, plutôt, à sa « banalisation ».

La communication de masse a pour fonction non seulement d'informer le public sur une question sociale en diffusant l'information, mais, aussi, d'interpréter et d'apprécier le phénomène, faisant ainsi des médias des vecteurs de socialisation. Cet aspect fonctionnel de la communication et ses dimensions idéologiques sont au centre des recherches sociales sur les représentations de la santé et de la maladie. Une des approches de la fonction représentationnelle concerne l'étude de la communication sociale à travers la presse. La recherche de Moscovici (1961) sur les représentations de la psychanalyse dans la presse française, qui a fondé la théorie des représentations sociales en psychologie sociale, en est un exemple caractéristique.

principalement des médias et, ensuite, des médecins, de leurs parents ou de leurs amis (Ioannidi-Kapolou & Agrafiotis, 2005).

Prenant comme outil la presse, cette étude se propose d'explorer le sens que les médias accordent au sida à l'ère de la « normalisation », d'examiner les mécanismes qui lui donnent un sens et de décrire les représentations sociales à travers les images archétypiques (Papathanasiou & Apostolidis, 2010). La bibliographie internationale est utilisée en toile de fond, permettant de mentionner et d'interpréter les résultats de la présente recherche, qui constitue une première tentative d'esquisse du binôme « sida et presse » dans la société grecque.

6.1. Méthodologie

L'objectif de notre recherche est d'étudier les articles publiés en 2004⁹⁸ dans la presse grecque à propos du VIH/sida, de décrire leurs caractéristiques, d'identifier les facteurs qui contribuent à la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida ou contre des groupes spécifiques de population, et d'élaborer une typologie concernant la représentation communicationnelle des personnes vivant avec le VIH/sida.

Notre travail se base sur un corpus de cent soixante-douze (172) articles sur le sida, publiés du 01/01/2004 au 31/12/2004 dans vingt-cinq (25) journaux à tirage panhellénique (*Tableau 6.1*).

Après une étude attentive, les chercheurs ont rempli un questionnaire spécial pour chacun des articles. Le questionnaire comportait au total trente et une (31) questions fermées et ouvertes et se développait sur les axes suivants : a) *caractéristiques*, b) *contenu – fait*, c) *groupe des référence*, d) *stigmatisation – solidarité*, e) *peur*, f) *éléments socio-linguistiques*.

Plus précisément, les variables recueillies auprès de chaque article comprenaient : la date de publication, le type d'article, le chroniqueur, la taille, et, si l'article était accompagné d'une photographie ou d'un schéma, le degré de connexion entre le titre et le contenu et les photos / graphiques. Les questions suivantes ont été également examinées : l'article se basait-il sur des éléments épidémiologiques, faisait-il référence à des spécialistes et l'opinion de séropositifs sur le sujet y était-elle

⁹⁸ Rappelons que, lors de la même période, nous interviewions les acteurs de la santé publique.

présentée ? Nous avons enregistré le pays où avait lieu l'événement rapporté et le groupe des personnes concernées. L'accent a été mis sur l'identification des discriminations ou des messages de solidarité à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida et des groupes de population spécifiques. En outre, nous avons cherché une référence éventuelle à l'origine ou au mode de contamination des séropositifs ou des malades du sida. Nous nous sommes également intéressés à l'emploi ou non d'éléments de peur et à la création éventuelle d'un climat menaçant pour le lecteur. Enfin, nous avons analysé la manière dont la maladie était présentée linguistiquement.

Des méthodes tant quantitatives que qualitatives ont été utilisées pour l'analyse des articles. Les éléments quantitatifs ont été introduits dans des bases de données et ont été analysés à l'aide du logiciel de statistiques SPSS. D'autre part, les données qualitatives ont été regroupées en fonction de leur contenu, créant des axes thématiques d'analyse. Les extraits présentés dans l'analyse qui suit ont été sélectionnés sur la double base de la représentativité et du rapport qualitatif.

6.2. Résultats

6.2.1. Analyse descriptive

6.2.1.1. Description des journaux

L'échantillon était composé au total de 25 journaux à tirage panhellénique. En ce qui concerne leur type sur la base de leur circulation, les journaux sont séparés en quatre catégories : *matinaux, du soir, quotidiens économiques et hebdomadaires*. Plus particulièrement, notre échantillon était composé de 14 journaux du soir, 6 journaux matinaux, 4 économiques et 1 hebdomadaire. Nous avons évité de procéder à une typologie des journaux sur la base de leur orientation politique – idéologique. Une telle entreprise serait arbitraire, puisqu'il n'existe pas de politique formelle d'auto-détermination de la part des journaux eux-mêmes.

	NOM DU JOURNAL	GENRE
1	ADESMEFTOS TYPOS (MITSIS)	Soir
2	ADESMEFTOS TYPOS (RIZOS)	Soir
3	APOGEVMATINI	Soir
4	APOFASI	Soir
5	(I) AVGI	Matin
6	AVRIANI	Soir
7	(TO) VIMA	Matin
8	(I) VRADYNI	Soir
9	ETHNOS	Soir
10	ELEFTHERI ORA	Soir
11	ELEFTHEROS	Soir
12	ELEFTHEROS TYPOS	Soir
13	ELEFTHEROTYPIA	Soir
14	EPENDYTIS	Économique
15	ESPRESSO	Soir
16	IMERISSIA	Économique
17	KATHIMERINI	Matin
18	(STO) KARFI	Hebdomadaire
19	KERDOS	Économique
20	(O) LOGOS	Matin
21	(I) NAFTEMBORIKI	Économique
22	(TA) NEA	Soir
23	(I) NIKI	Matin
24	RIZOSPASTIS	Matin
25	(I) CHORA	Soir

Tableau 6.1 : Presentation des journaux

6.2.1.2. Répartition des articles par journal

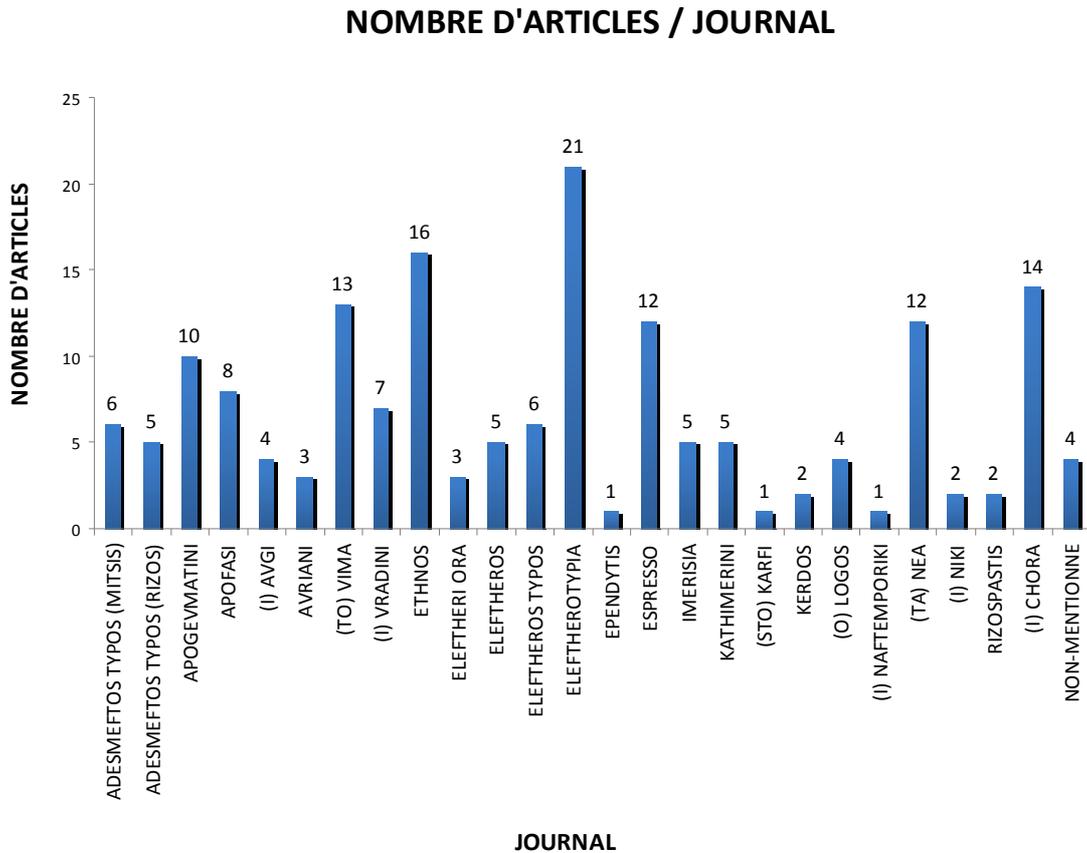


Figure 6.1 : Nombre d'articles / journal

Les journaux ayant publié le plus grand nombre d'articles sur le sida sont ELEFTHEROTYPIA avec 21 articles, ETHNOS avec 16 articles, vient ensuite le journal I CHORA, avec 14 articles, TO VIMA, avec 13 articles, ESPRESSO et TA NEA, avec 12 articles et I APOGEVMATINI, avec 10 articles. Les autres journaux comportaient moins de 10 articles sur le sujet. En ce qui concerne la classification des journaux selon leur circulation, les articles en question sont le plus souvent publiés dans les journaux du soir.

6.2.1.3. Date de publication des articles

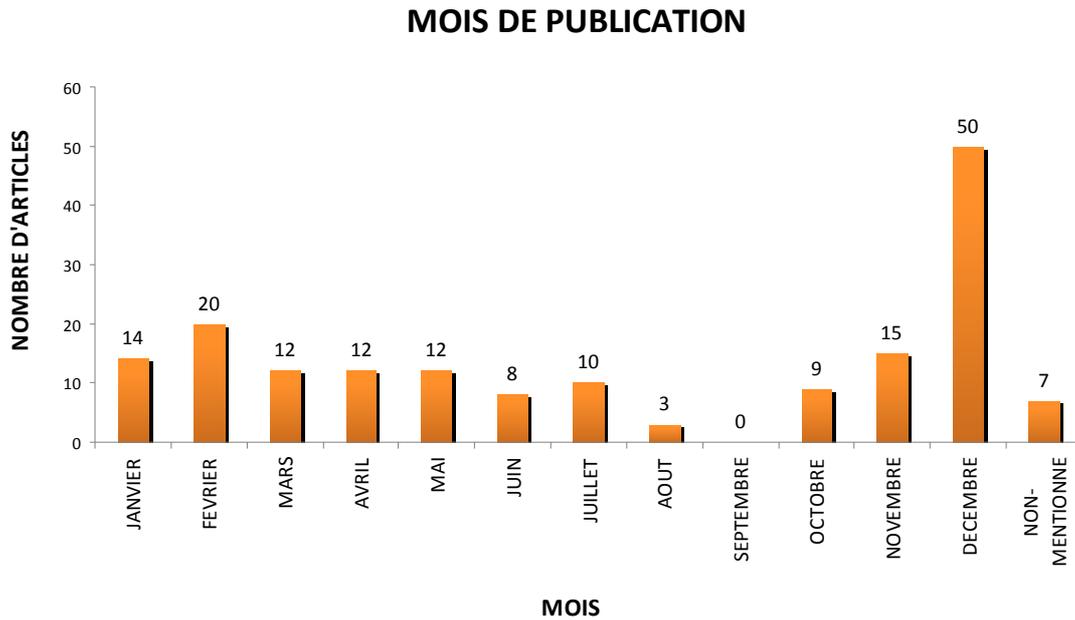


Figure 6.2 : Mois de publication

Le 1^{er} décembre, Journée Mondiale de lutte contre le sida, qui, traditionnellement, attire l'intérêt et l'attention des médias, c'est la date où l'on trouve le plus grand nombre d'articles sur le sida (50/172 articles), présentant des manifestations mais, aussi, des données épidémiologiques. En outre, on peut remarquer une rédaction massive d'articles à l'occasion de la publication d'une communication ou du bulletin de presse d'un organisme national ou international (février, 20 articles – rapport de l'ONU sur la situation épidémiologique en Europe de l'Est).

6.2.1.4. Catégories des articles

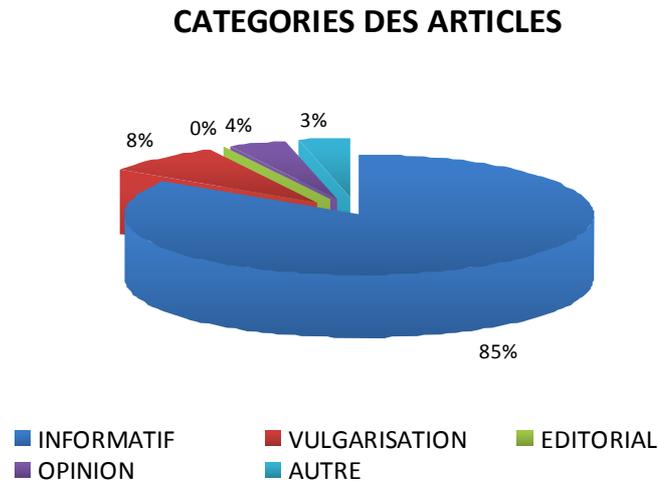


Figure 6.3 : Catégories des articles

85% des articles publiés sont à caractère informatif, tandis que 8% concernent des recherches biomédicales sur des vaccins et des médicaments. Il y a 4% d'articles d'opinion, critiquant principalement le système et la politique concernant le sida en Grèce, tandis que 3% sont, pour la plupart, des entretiens avec des scientifiques – chercheurs.

6.2.1.5. Auteur

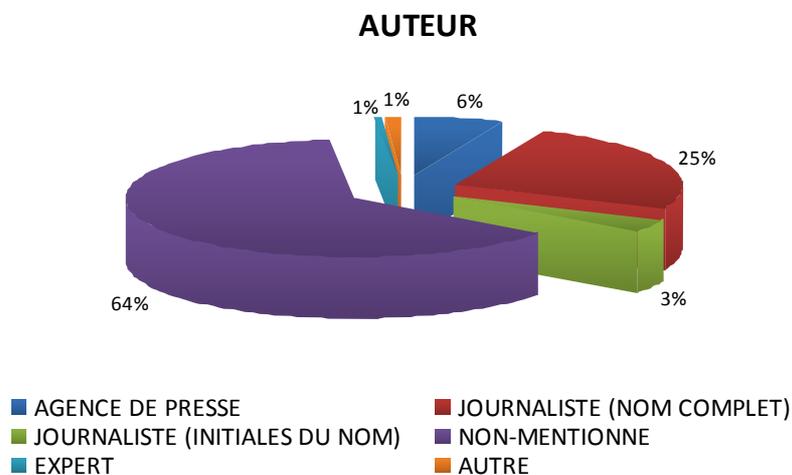


Figure 6.4 : Auteur

64% des articles publiés ne sont pas signés. Le nom complet du journaliste ne figure que dans 25% des articles, dans 3% des cas, on mentionne ses initiales, alors que la source de 6% des articles est une agence de presse. Un seul article a été écrit par un expert (plus précisément, par un dignitaire de l'ambassade des États-Unis à Athènes, dans le quotidien TA NEA, 01/12/2004).

6.2.1.6. Taille

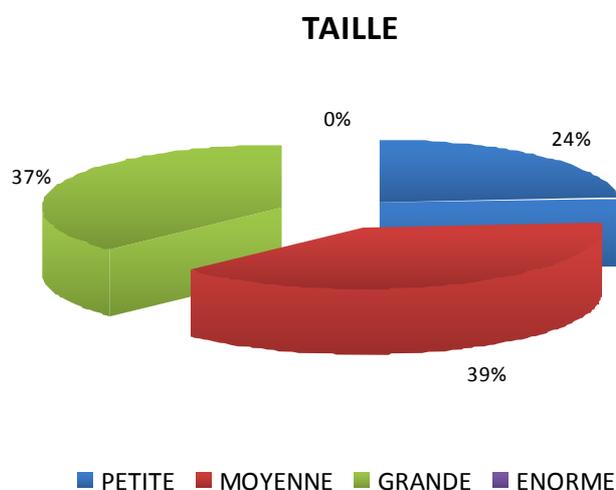


Figure 6.5 : Taille

39% des articles sont de taille moyenne (environ une colonne), 37% de grande taille (plus d'une colonne), 24% de petite taille (moins d'une colonne), alors qu'il n'y a aucun article occupant une page entière ou plus.

6.2.1.7. Thèmes

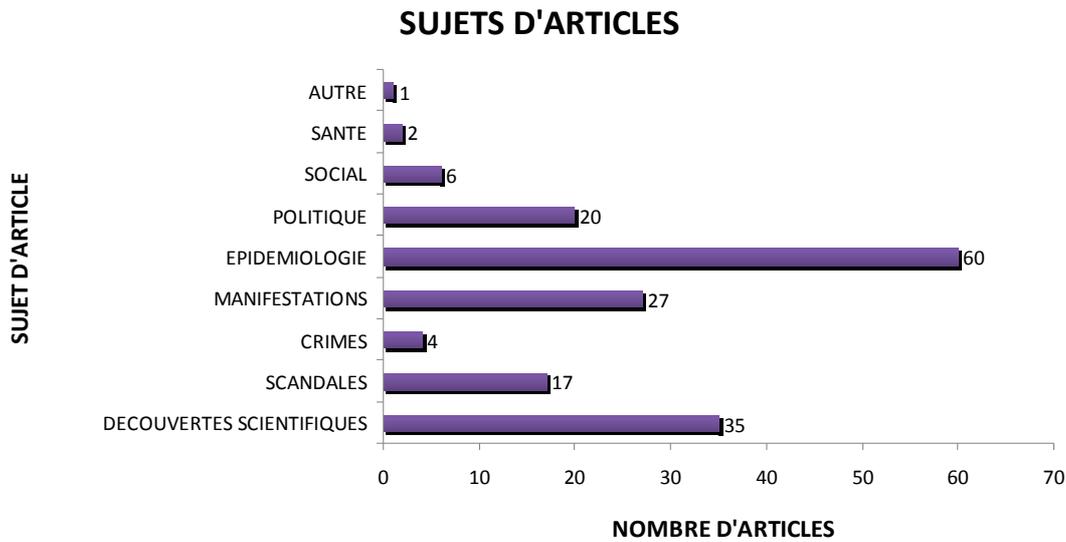


Figure 6.6 : Nombre d'articles / journal

L'analyse des articles recueillis conduit à la typologie suivante en fonction de leurs thèmes : a) *découvertes scientifiques*, b) *scandales*, c) *crimes*, d) *manifestations*, e) *surveillance épidémiologique*, f) *sujets politiques*, g) *sujets sociaux*, h) *sujets concernant la santé*.

Concrètement, la majorité des articles (60 articles) se penchent sur la propagation du sida, présentant des statistiques sur le progrès de l'épidémie. Trente-cinq (35) concernent la recherche, dans un effort de vulgarisation des connaissances scientifiques ; 27 articles présentent diverses manifestations concernant le sida ; 20 articles sont de nature politique (critique du système, décisions politiques et actions etc.) ; 17 articles dénoncent des scandales (*ex.* celui des médicaments antirétroviraux dans un grand hôpital grec) ; 6 articles concernent des sujets sociaux dont le sida (*ex.* allocations aux personnes atteintes d'infirmité, relations de travail etc.) ; 4 articles présentent des actes criminels commis soit par des personnes séropositives soit au détriment de certains groupes sociaux (*ex.* expériences illégales sur des enfants) ; 2 articles concernent la santé en général et mentionnent l'infection par le VIH, tandis qu'un article se réfère à une nouvelle émission de télévision, présentant les sujets qu'elle abordera, dont la question du sida.

6.2.1.8. Rapport entre titre principal et sous-titres

CORRELATION TITRE PRINCIPAL/SOUS-TITRES

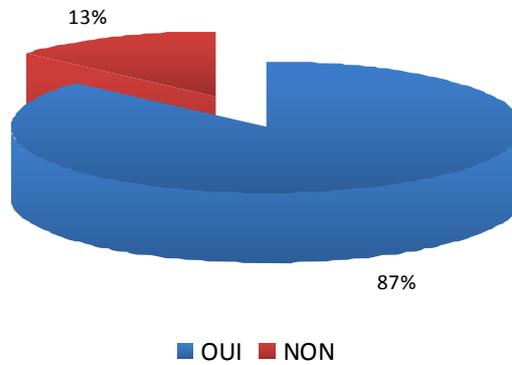


Figure 6.7 : Corrélation entre titre principal et sous-titres

Dans 87% des cas, le titre principal de l'article est en rapport avec les titres secondaires ou les sous-titres, tandis que 13% des titres secondaires ne sont pas directement liés au titre principal de l'article.

6.2.1.9. Corrélation titre/sujet

CORRELATION TITRE/SUJET

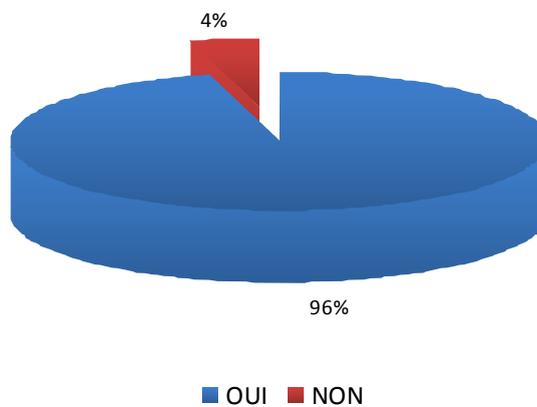


Figure 6.8 : Corrélation entre titre et sujet

Dans la grande majorité des articles (96%), le titre principal de l'article est directement lié au contenu, tandis que dans seulement 4% des articles examinés, le titre n'est pas en relation directe avec le sujet développé.

6.2.1.10. Photos

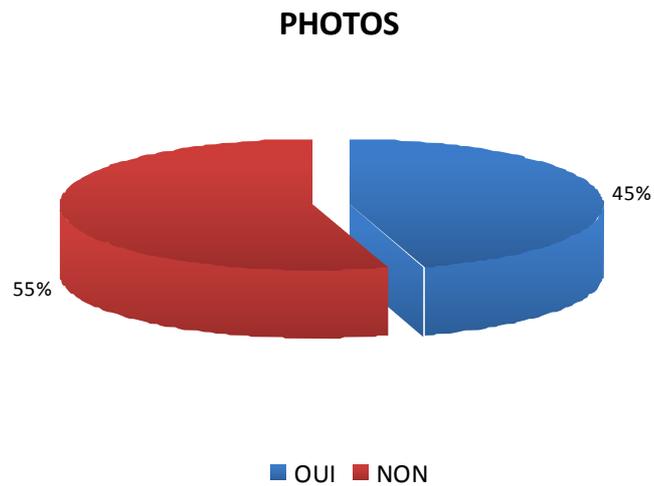


Figure 6.9 : Photos

Dans 78 des 147 articles (45%), le texte est illustré de photos. Dans 83% des cas, les photos sont en rapport direct avec le titre de l'article.

CORRELATION PHOTO/TITRE

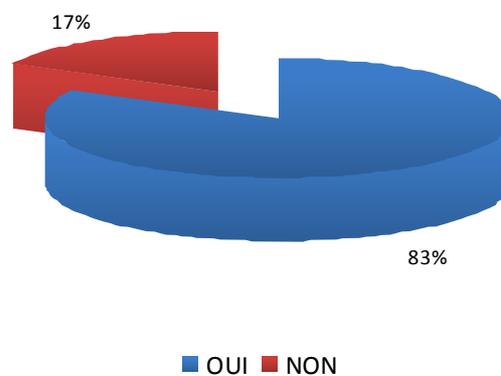


Figure 6.10 : Corrélation entre photo et titre

En ce qui concerne l'illustration, la majorité des photos qui accompagnent l'article principal présentent un chercheur ou un politicien (7 photos). Le même nombre de photos présente soit une manifestation se déroulant en général le 1^{er} Décembre, Journée Mondiale contre le sida, soit le ruban rouge, symbole mondial de la lutte contre le sida. Il est intéressant de se pencher sur la représentation photographique des séropositifs ou malades du sida. Sur les 14 photos représentant une personne séropositive, 10 en montrent une personne de couleur et, majoritairement, un enfant de couleur. En ce qui concerne l'origine du sujet représenté, la majorité est de couleur et, dans ce cas, la plupart sont des enfants. Aucun journal ne présente un homme, une femme ou un enfant de race blanche. Il est intéressant de constater le fait que, dans le cas de représentation d'un couple, il s'agit d'un couple hétérosexuel et que l'image du couple homosexuel est totalement absente.

IMAGERIE PHOTOGRAPHIQUE

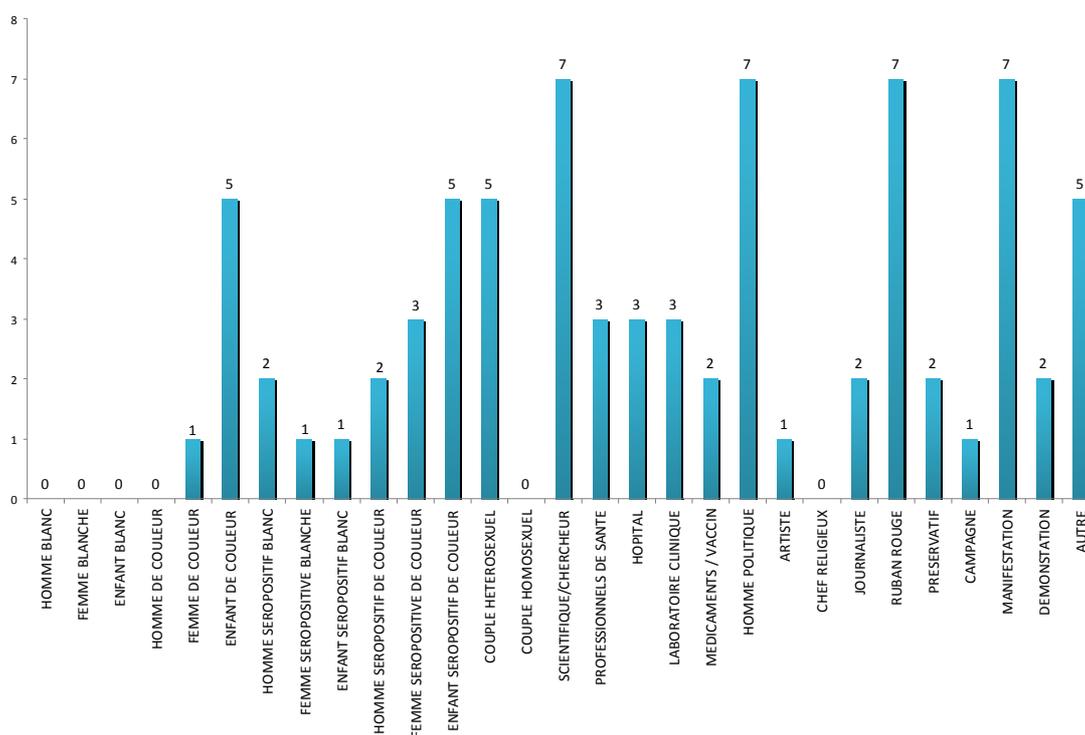


Figure 6.11 : Imagerie photographique

6.2.1.11. Graphes

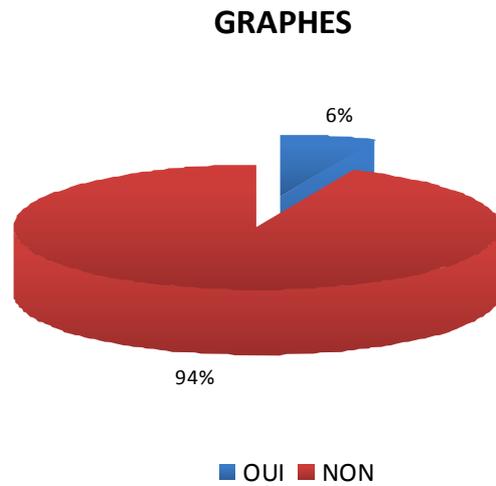


Figure 6.12 : Graphes

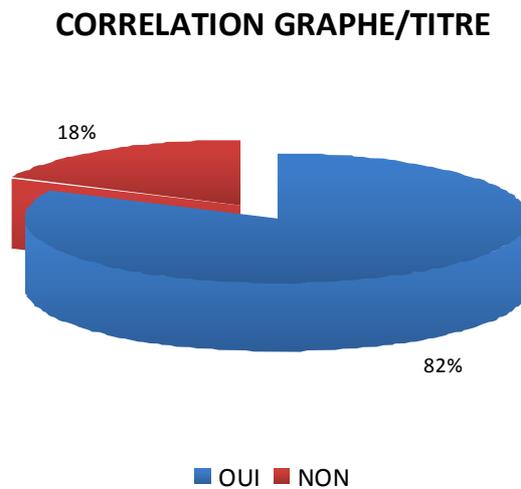


Figure 6.13 : Corrélation entre graphe et titre

L'utilisation de graphiques est moins courante que l'utilisation de photographies. C'est seulement dans 6% des cas que l'article est accompagné d'un graphe. En cas d'un tableau – diagramme, le tableau est en rapport direct avec le titre de l'article (82%).

6.2.1.12. Éléments épidémiologiques/statistiques

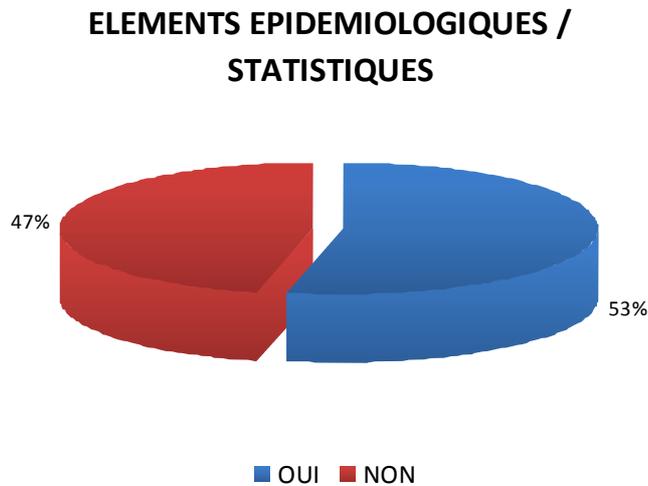


Figure 6.14 : Eléments épidémiologiques et statistiques

L'emploi d'éléments épidémiologiques dans les articles est assez fréquent. Dans plus de la moitié des cas (53%), l'article est enrichi d'éléments épidémiologiques. L'utilisation la plus fréquente des données épidémiologiques se trouve dans des articles basés sur les déclarations des organisations internationales présentant la situation de l'épidémie à travers le monde. Cependant, il existe aussi des éléments épidémiologiques concernant la Grèce, en tant que mesure de comparaison de la situation au niveau international.

En cas d'émergence d'une menace pour la santé publique, deux questions se posent invariablement : « Qui ? » et « Combien ? ». La gravité d'un problème de santé publique est une échelle quantitative. La question « Qui ? », contribue à identifier le public menacé et à déterminer le degré d'identification avec lui. Nous confrontons notre propre image à l'image de la « victime » de la maladie et nous comparons nos modes de vie, nos valeurs, nos normes etc. afin de déterminer notre degré d'implication personnelle et le risque encouru. L'individualité du problème est surmontée par le biais d'éléments quantitatifs. La question « Combien ? » met en évidence la gravité du problème émergent et le niveau de risque pour le devenir de la collectivité. En cas de catastrophe, d'accident, d'épidémie, nous nous intéressons à l'étendue de l'événement, cette étendue étant mesurable. D'ailleurs, les

caractérisations « maladie », « épidémie », « pandémie », sont fondées sur des données numériques. Ce sont les chiffres qui séparent le problème individuel du problème collectif. C'est le dépassement de l'unité qui rend le problème collectif. Plus la distance entre l'unité et le nombre naturel d'évaluation du problème est grande, plus le problème se révèle être d'ordre collectif.

6.2.1.13. Les experts



Figure 6.15 : Experts

La présence de spécialistes est très fréquente dans les articles. Dans 100 des 172 journaux (58%) il est question d'un expert, qui opère en tant que « l'autre important ». Dans la plupart des cas, l'expert provient du domaine de la santé (*ex.* médecin – chercheur) et soit il œuvre en Grèce soit il représente un organisme international, tels l'OMS ou l'ONUSIDA⁹⁹. En outre, un taux plus faible des spécialistes proviennent de la scène politique et se trouvent à la direction du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (Ministre, Secrétaire d'État etc.). En tout, un seul

⁹⁹ Dans la catégorie des « experts » englobe les médecins, les scientifiques – chercheurs et les responsables des organisations mondiales ou gouvernementales pour la santé ou le sida (nous n'incluons l'OMS ou l'ONUSIDA que si l'article se réfère à des spécialistes ou à des fonctionnaires des organisations et non lorsqu'il s'agit de présentation de rapports).

article fait référence à un membre d'ONG. Conformément aux théories de la psychologie sociale pour la configuration et le changement d'attitudes, la fiabilité de la source du message est fondée sur deux paramètres : les connaissances et les expériences de la source et la confiance du récepteur du message en l'émetteur (source). Une expérience de Bochner et Insko (1966) a montré que lorsque le vecteur de l'information jouit d'un grand prestige, il peut influencer l'opinion publique, même si le message est absurde. Plus l'orateur ou le rédacteur est considéré expert, plus son influence dans l'adoption ou la modification des attitudes à propos d'un sujet sera importante. Selon la théorie de French et Raven (1959), l'expert a le pouvoir de l'expérience et de la connaissance, qui influence potentiellement notre avis. Le paramètre de l'expérience et de la connaissance est en relation avec celui de la confiance. Nous nous basons, donc, sur l'avis de l'expert en raison de son prestige. Ceci est prouvé dans le cas du sida par les conclusions de l'enquête KABP menée à Athènes en 1989 (Agrafiotis et coll., 1997), selon lesquelles, parmi les sources en lesquelles les personnes interrogées ont confiance, les médecins ont la première place et sont considérés comme des experts. En outre, une recherche qualitative du programme européen EUROSUPPORT, en 2006, concernant la santé sexuelle des séropositifs (Papathanasiou, 2006b), a montré que la majorité des interrogés séropositifs font entièrement confiance à l'autorité des médecins.

6.2.1.14. Type de contenu

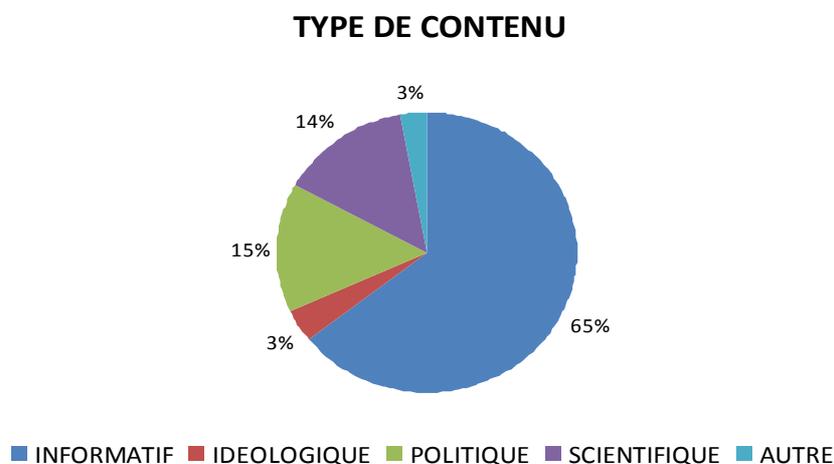


Figure 6.16 : Type de contenu

En ce qui concerne le type de contenu, la plupart des articles sont informatifs (65%), suivis par un taux plus faible d'articles politiques (15%) et scientifiques (14%). La différence entre un article d'information et un article de vulgarisation scientifique comportant tous les deux, par exemple, des éléments concernant une découverte scientifique, est que le premier constitue un simple rapport du fait (découverte), tandis que dans le deuxième sont présentés des détails de type scientifique (termes médicaux).

6.2.1.15. Géographie

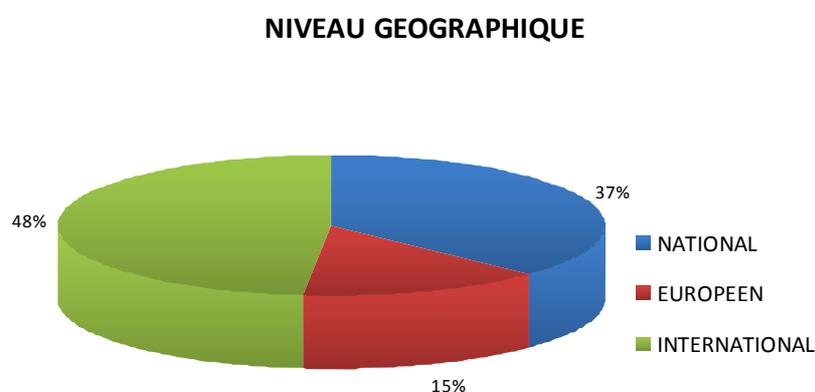


Figure 6.17 : Niveau géographique

48% des articles concernent l'actualité mondiale, 37%, l'actualité nationale, tandis que 15% se réfèrent à la situation en Europe.

6.2.1.16. Groupe des référence

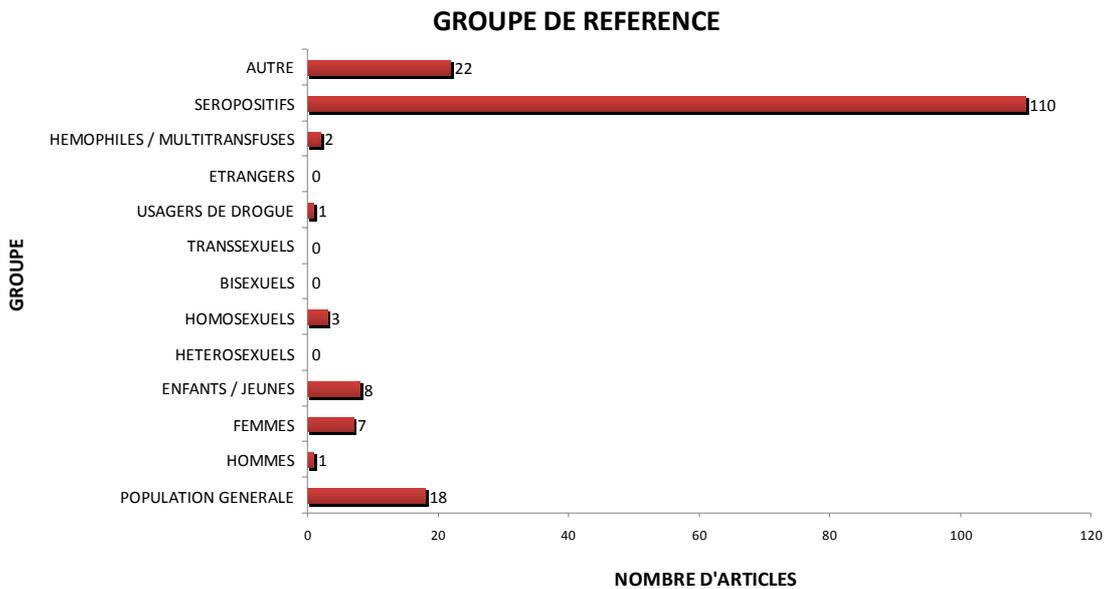


Figure 6.18 : Groupe des référence

Dans la grande majorité des articles, le groupe central de référence est composé de séropositifs et de malades du sida (110 articles). Suit la catégorie « autre groupe » (22 articles), composée de groupes hétérogènes qui ne pouvaient pas constituer une catégorie homogène. Dix-huit articles se rapportent à la population générale, 8 articles aux enfants et aux jeunes et 7 articles aux femmes. Suivent les groupes caractérisés « à hauts risques » : homosexuels (3 articles), hémophiles et multitransfusés (2 articles) et usagers de drogues (1 article). Il n'existe aucun article où le groupe central de référence serait composé d'hétérosexuels, de bisexuels et de transgenres (transgenders). Les articles sur le sida que nous avons abordé font souvent mention du groupe des immigrés, même s'il ne s'agit pas du groupe central de référence.

6.2.1.17. Opinion des personnes vivant avec le sida (PVS)

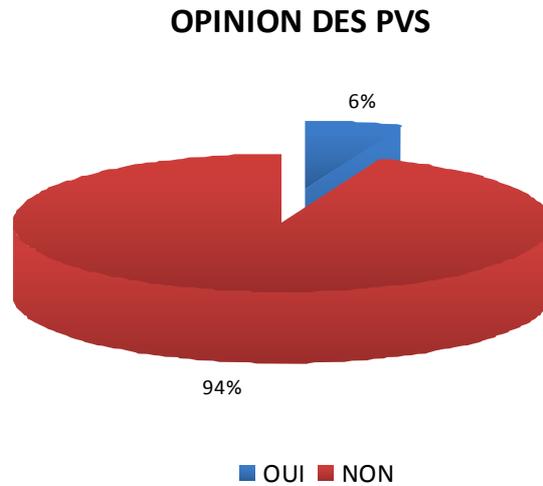


Figure 6.19 : Opinion des personnes vivant avec le sida

La grande majorité des articles (94%) ne comprend pas l'avis de personnes séropositives. L'opinion d'un séropositif sur le sujet développé n'est présentée que dans 6% des cas.

6.2.1.18. Discrimination et solidarité vis-à-vis des personnes vivant avec le sida

DISCRIMINATION ENVERS LES PVS

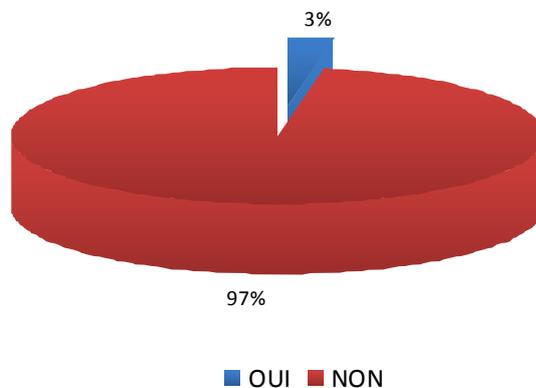


Figure 6.20 : Discrimination envers les personnes vivant avec le sida

Dans 97% des articles, il n'y a aucune discrimination directe contre les personnes vivant avec le VIH/sida. Le taux de messages de solidarité apparaît plus élevé (15%), mais dans ce cas, le taux de neutralité est également extrêmement élevé (85%). Nous dirions que la presse est neutre au sujet des séropositifs et des malades du sida.

SOLIDARITE A L'EGARD DES PVS

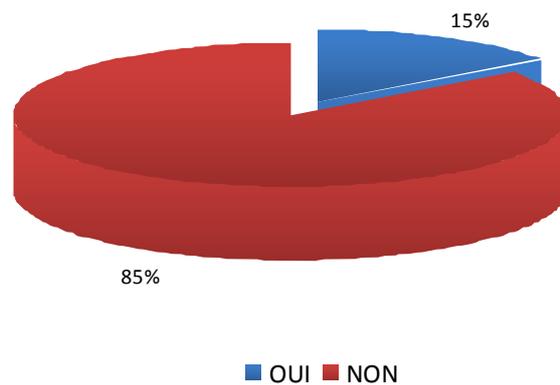


Figure 6.21 : Solidarité à l'égard des personnes vivant avec le sida

6.2.1.19. Origine ethnique

ORIGINE ETHNIQUE DES PVS

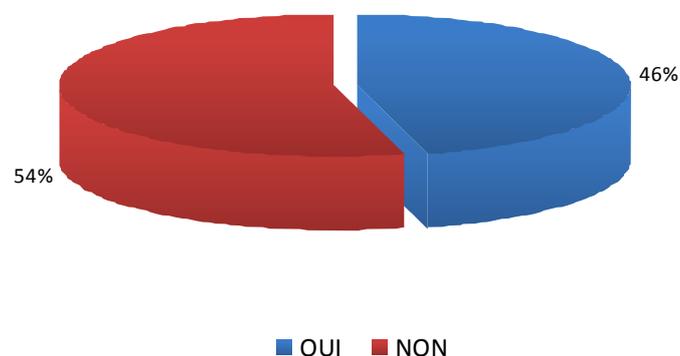


Figure 6.22 : Origine ethnique des personnes vivant avec le sida

46% des articles se réfèrent à l'origine des personnes atteintes du VIH/sida. L'Afrique est présentée comme principal lieu d'origine des séropositifs (29 articles) ; suivent les pays d'Europe orientale et la Russie (13 articles). Ces taux augmentent si nous y ajoutons les diverses combinaisons : Afrique et Europe orientale ou Afrique, Europe orientale et Asie etc. Selon les éléments présentés ci-dessus, il est évident que le sida demeure l'épidémie du « continent noir ».

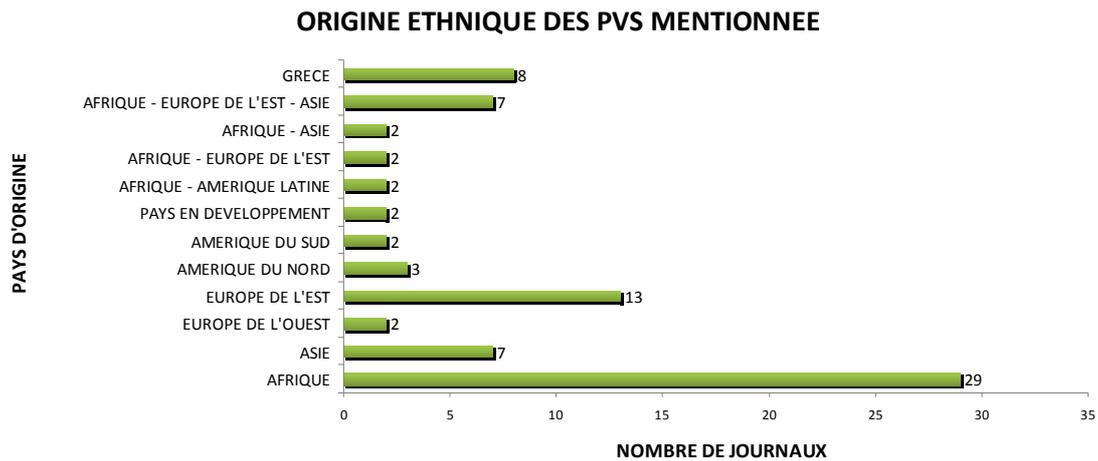


Figure 6.23 : Origine ethnique des personnes vivant avec le sida mentionnée

6.2.1.20. Mode d'infection

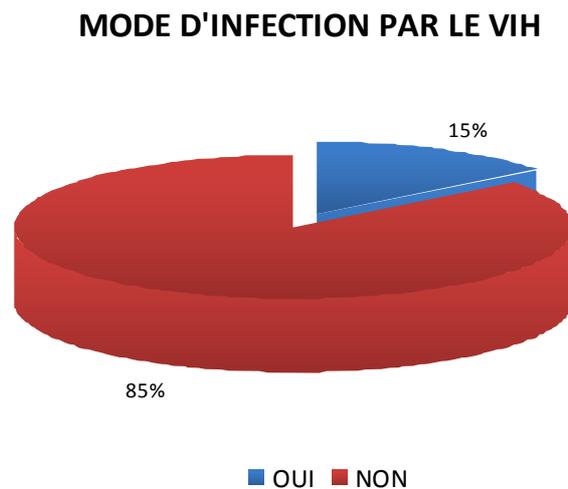


Figure 6.24 : Mode d'infection par le VIH

La majorité des documents (85%) ne se réfèrent pas au mode de propagation du VIH, alors que le mode de transmission le plus souvent mentionné est celui du contact sexuel en général (32%). Cependant, les relations homosexuelles (20%) l'emportent sur les relations hétérosexuelles (16%), ce qui démontre les liens étroits entre le sida et l'homosexualité dans l'inconscient collectif. L'usage de drogues par voie intraveineuse ne concerne que 8% des documents, ce qui peut être attribué au taux de contamination très faible en Grèce, à la différence d'autres pays européens.

MODE D'INFECTION PAR LE VIH MENTIONNE

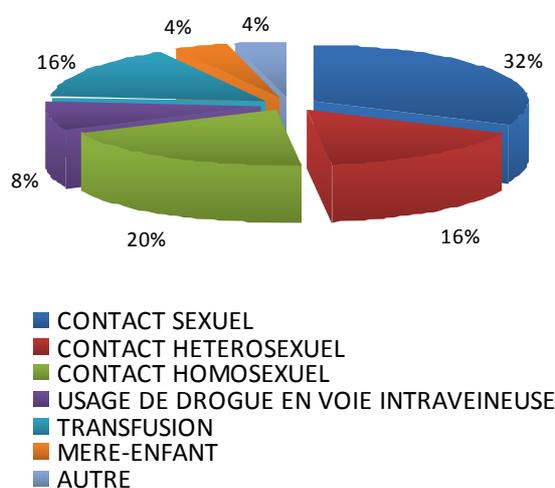


Figure 6.25 : Mode d'Infection par le VIH mentionné

6.2.1.21. Discrimination et solidarité vis-à-vis d'un groupe social

DISCRIMINATION ENVERS UN GROUPE SOCIAL

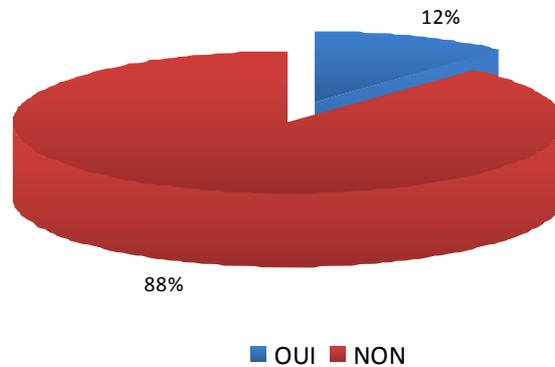


Figure 6.26 : Discrimination envers un groupe social

SOLIDARITE FACE A UN GROUPE SOCIAL

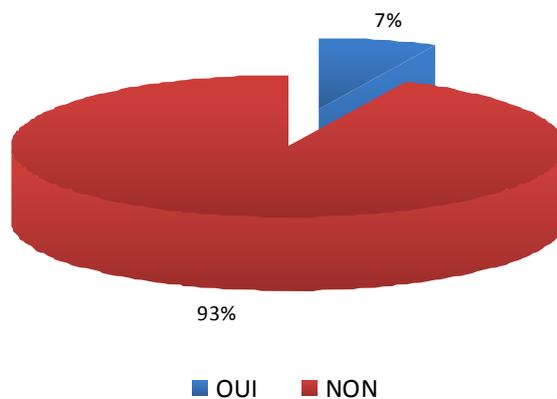


Figure 6.27 : Solidarité à l'égard d'un groupe social

88% des articles ne contiennent aucun message de discrimination envers un groupe social, alors que 93% des articles ne contiennent aucun message de solidarité. Nous dirions – à l’instar des messages discriminatoires et de solidarité face aux séropositifs – que dans le cas des groupes sociaux le message est neutre. Toutefois, si nous comparons les messages discriminatoires et les messages de solidarité, nous constatons que les premiers (12%) sont plus nombreux que les seconds (7%).

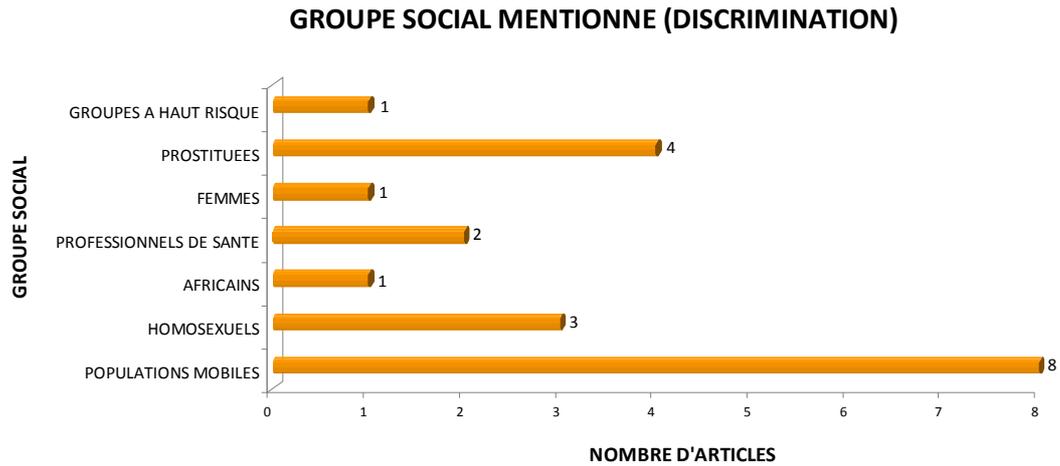


Figure 6.28 : Discrimination envers un groupe social mentionné

Parmi les articles comportant des messages discriminatoires contre des groupes sociaux, 8 se réfèrent aux populations mobiles, 4 aux personnes se livrant à la prostitution et 3 aux homosexuels, c'est-à-dire aux groupes traditionnellement stigmatisés. Deux (2) se réfèrent au personnel médico-hospitalier et un (1) article aux femmes. Dans un (1) article, on retrouve la catégorie des « groupes à haut risque » (comprenant les homosexuels, les prostituées, les usagers de drogues et les hémophiles) appelée « club des 4H » au début de l'épidémie.

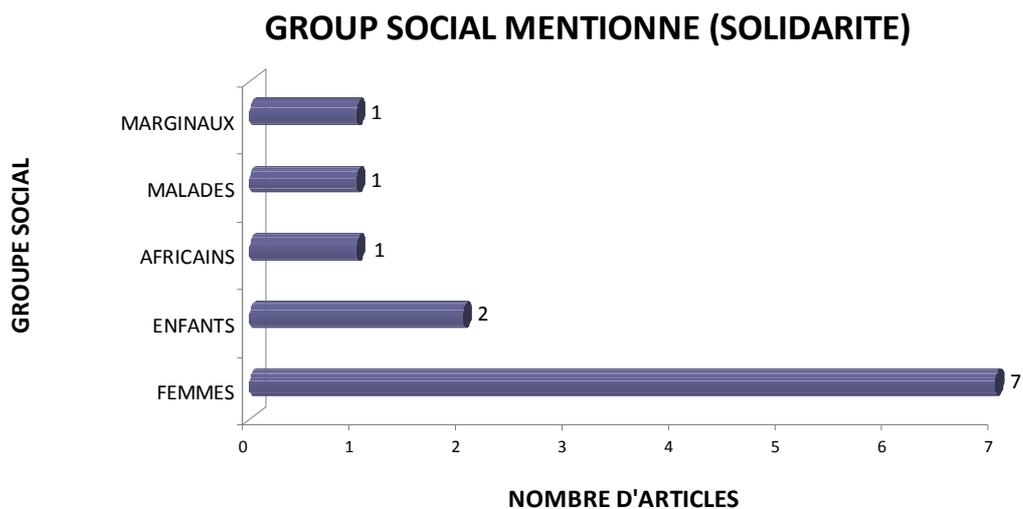


Figure 6.29 : Solidarité à l'égard d'un groupe social mentionné

Concernant le groupe social récepteur de messages de solidarité, les femmes se trouvent à la première place (7 articles), suivies par les enfants (2 articles), ces deux groupes ayant été enregistrés dans l'inconscient collectif comme étant les victimes « innocentes » de la maladie.

6.2.1.22. Stigmatisation

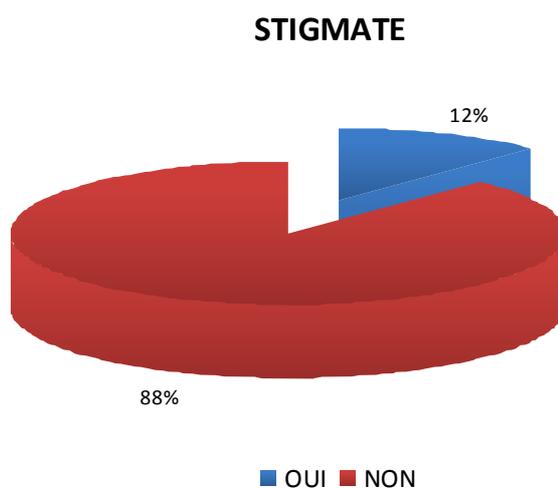


Figure 6.30 : Stigmatisation

Dans 12% des journaux, nous trouvons des mots ou des expressions qui stigmatisent des personnes et des groupes, mais la majorité des articles (88%) ne sont pas stigmatisants.

6.2.1.23. Peur

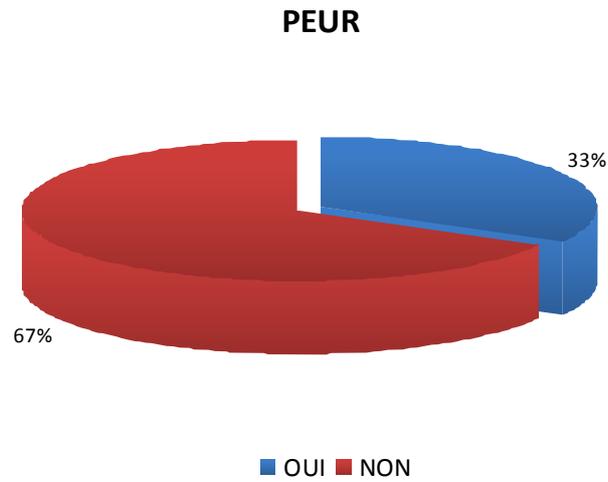


Figure 6.31 : Usage de la peur

67% des articles n'incitent pas à la peur. Cependant, le taux d'articles où sont employés des éléments susceptibles de déclencher la peur atteint les 33%, un taux que nous considérons particulièrement élevé.

6.2.1.24. Appellation de la maladie

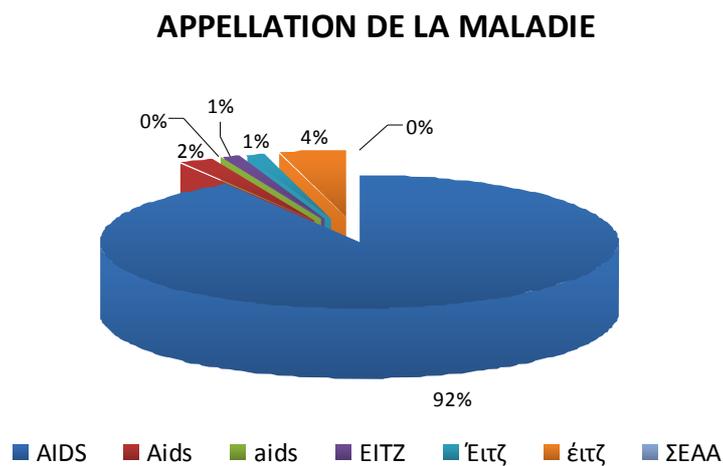


Figure 6.32 : Appellation de la maladie

Dans la grande majorité des articles (94%), la maladie est mentionnée par un acronyme en caractères latins, majuscules ou minuscules. Plus précisément, dans 92% des cas, la maladie figure en majuscules (AIDS), et seulement dans 2% des cas en minuscules (Aids). Dans seulement 6% des articles, on rencontre la transcription phonétique du terme. Aucun article n'utilise l'appellation de la maladie en grec (ΣΕΑΑ: Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας). Selon les experts en sociolinguistique et en communication, le maintien de l'acronyme en lettres latines capitales met en évidence le caractère exceptionnel de la nature de la maladie et sa position souveraine dans l'inconscient collectif.

Agrafiotis et coll. (1997) soulignent que la société grecque, en désignant la maladie par un mot étranger, prive les experts en santé publique de la possibilité d'interventions de prévention « intelligentes » et directes, « touchant » psycholinguistiquement la population grecque. Par exemple, dans d'autres pays, comme la France et l'Espagne, l'acronyme de la terminologie scientifique a été maintenu, mais on a réussi à en rendre le sens dans la langue du pays (SIDA). Au-delà de l'interprétation socio-politique du phénomène décrite de manière très frappante par Susan Sontag (1989), une éventuelle explication serait que les médias auraient « transposé » (au niveau de la communication) l'épidémie du sida en Grèce avant même que n'arrive le virus lui-même (premier cas d'infection au VIH). Ainsi, on peut parler d'une « épidémie de l'information », qui a précédé l'épidémie réelle et qui a eu une forte influence sur son évolution. Thémis Apostolidis (1998) considère le sida comme « la maladie du dehors » par rapport à la communauté grecque, notant que, selon les résultats de la recherche comparative menée en Grèce et en France sur les représentations sociales des contacts sexuels à l'ère du sida, les interrogés grecs parlent du sida comme de quelque chose d'étranger, d'exogroupe et de non-connecté à leur contexte socioculturel. Au contraire, dans les esprits, le sida est relié aux vacances dans les îles grecques (où les conditions sont différentes du quotidien en Grèce) et aux touristes venant de pays étrangers. Suite à la recrudescence de mouvements migratoires vers la Grèce au milieu des années 1990, nos études (AIDS & Mobility Reports : Papathanasiou et al., 2005, 2006a ; Del Amo et al., 2006) montrent que la relation sida / « autres » est consolidée, cette fois avec le groupe des immigrants. La Grèce étant un pays dont l'économie dépend beaucoup de l'industrie touristique (domaine de compétence du Ministère du Développement Touristique), les

rentrées des devises touristiques contrebalancent la menace, en faisant du tourisme un mal nécessaire (par rapport au sida); cependant, dans le cas des immigrés, déclencheurs des perturbations sociales (augmentation du chômage, de la criminalité etc.), le sida devient un élément culpabilisant supplémentaire du discours justifiant leur ostracisme national / social.

6.2.2. Corrélations

6.2.2.1. Facteurs associés à la présence de messages discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des groupes sociaux spécifiques

Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, 3% et 12% des articles contiennent, respectivement, des messages discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des groupes sociaux spécifiques. Nous nous sommes intéressés à l'étude des facteurs liés à ces messages. Nous avons examiné les liens avec neuf facteurs : *éléments épidémiologiques, auteur, sujet, photographies, graphiques, experts, type, peur et groupe.*

6.2.2.2. Relation entre utilisation d'éléments épidémiologiques dans les articles et présence de messages discriminatoires

La fréquence des messages discriminatoires dans la presse est liée à l'emploi d'éléments épidémiologiques dans les articles. Plus précisément, 80% des articles mentionnant des éléments épidémiologiques, contiennent des messages de discrimination contre les individus vivant avec le VIH et 65%, contre des groupes spécifiques.

6.2.2.3. Relation entre auteur des articles et présence de messages discriminatoires

Concernant l'auteur d'articles contenant des messages discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida, nous observons que 80% des articles sont signés et 20% sont « anonymes ». Cependant l'anonymat semble faciliter

l'existence des messages discriminatoires contre certains groupes (homosexuels, usagers de drogues, personnes se livrant à la prostitution, immigrants), puisque dans 65% des articles contenant des messages de discrimination contre des groupes sociaux spécifiques, le nom de leur auteur n'est pas indiqué. À partir de ces données, nous pouvons conclure que la stigmatisation publique des groupes sociaux n'est pas une pratique politiquement correcte (political correct) et semble, donc, évitée, tandis que la discrimination des personnes vivant avec le VIH/sida est une pratique rendue normale au fil du temps. Cependant, nous ferons remarquer que la discrimination directe des personnes vivant avec le VIH/sida constitue une discrimination indirecte des groupes sociaux spécifiques, comme les homosexuels, les usagers de drogues, les prostituées et les immigrés qui, au fil du temps, ont été étroitement liés aux représentations du sida.

6.2.2.4. Relation entre sujet de l'article et présence de messages discriminatoires

En ce qui concerne le thème de l'article et l'existence de messages discriminatoires, nous observons que les messages de discrimination envers les personnes vivant avec le VIH apparaissent dans les articles qui se réfèrent à des scandales (40%) ou bien à des éléments épidémiologiques (40%). Les sujets incluant la surveillance épidémiologique sont également liés à l'existence de messages de discrimination envers les groupes spécifiques de population à un taux de 60%. Ces données sont en accord avec les résultats concernant le lien entre les éléments épidémiologiques et discriminatoires.

6.2.2.5. Relation entre photos, graphiques et messages discriminatoires

Nous pouvons observer un certain lien entre la présence de photographies et l'existence de messages discriminatoires contre les personnes vivant avec le VIH/sida et les groupes sociaux puisque 40% des articles qui contiennent des messages de discrimination contre les individus avec le VIH/sida et 45% des articles discriminant un groupe social, sont illustrés d'une photographie. Le même rapport n'est pas observé dans le cas des graphiques : 20% des articles contenant un message de

discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida et 5% des articles contenant un message de discrimination à l'égard d'un groupe social, sont accompagnés d'un graphe.

6.2.2.6. Relation entre experts et messages discriminatoires

La totalité des articles (100%) contenant un message de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et 80% des articles stigmatisant un groupe social particulier, comportent l'avis de « spécialistes ». La relation semble s'expliquer par le fait que, dans la plupart des cas, les experts proviennent de l'univers de la santé (en particulier, du monde médical) et développent, donc, une argumentation basée sur des données épidémiologiques, qui, comme on l'a déjà vu, sont directement liées à l'existence de discrimination. Cependant, il semble qu'il n'y a aucune corrélation entre la solidarité et l'existence de l'opinion d'un séropositif (seulement 15,4% des articles transmettant un message de solidarité comprennent l'opinion d'individus victimes du VIH/sida).

6.2.2.7. Relation entre type d'articles et messages discriminatoires

En matière de contenu, les messages de discrimination envers les individus vivant avec le VIH aussi bien qu'à l'égard des groupes sociaux spécifiques concernent des articles à contenu informatif (100% et 85% respectivement).

6.2.2.8. Relation entre peur et messages discriminatoires

À travers notre analyse, il apparaît que la peur est un facteur lié à la présence de messages de discrimination. 80% des articles contenant des messages discriminatoires à l'égard des individus vivant avec le VIH/sida et 55% des articles stigmatisant un groupe de population, apportent une information susceptible de déclencher la peur. La présence de ces données semble être associée à la présentation de données épidémiologiques (dans 45,7% des articles présentant des données épidémiologiques on utilise la peur).

6.2.2.9. Relation entre groupes sociaux et messages discriminatoires

Il est intéressant d'analyser l'association des messages de discrimination avec le groupe qui est le sujet central de référence de l'article. Plus précisément, 80% des articles comportant des messages discriminatoires contre les personnes atteintes du VIH/sida ont comme sujet central les malades du sida eux-mêmes. Or, le groupe central de référence dans 20% des articles qui stigmatisent les séropositifs et les malades du sida est composé d'homosexuels. Ces données confirment le niveau de l'association de la représentation entre le sida et l'homosexualité. D'autre part, en ce qui concerne les articles contenant des messages de discrimination contre certains groupes sociaux, 60% d'entre eux ont pour sujet central les séropositifs, tandis que 10% ont portent sur les femmes, ce qui confirme que celles-ci, à l'ère du sida, constituent un nouveau groupe des stigmatisation, comme nous le verrons lors de l'analyse qualitative des articles.

6.2.2.10. Relation entre messages de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et caractéristiques des articles

40% des articles comportant des messages discriminatoires contre les personnes vivant avec le VIH ont été publiés en décembre. En ce qui concerne le type de l'article, toutes les mentions discriminatoires apparaissent dans des articles informatifs (100%). Il est intéressant de constater que bien que les articles de grande taille (d'une page et plus) soient les moins nombreux, 60% d'entre eux véhiculent des messages de discrimination contre les séropositifs. En matière d'illustration photographique, les messages discriminatoires sont accompagnés d'une photo d'homme séropositif blanc (50%) ou du ruban rouge (50%). 60% des messages discriminatoires concernent l'actualité nationale. Lorsque l'article présente l'opinion d'une personne séropositive, il n'y a pas de message de discrimination envers les malades du VIH/sida. Une forte discrimination envers les individus vivant avec le VIH (80%) est constatée dans le cas de mention de l'origine ethnique des séropositifs. 40% des articles se rapportant au mode de contamination comportent des messages de discrimination. La présence d'un vocabulaire stigmatisant (20%) ne semble pas être associée à la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida.

6.2.2.11. Relation entre messages discriminatoires contre les groupes sociaux et caractéristiques des articles

60% des articles contenant des messages de discrimination ont été publiés en décembre. Dans 95% des cas, il s'agit d'articles informatifs de grande taille. Lorsque l'article discriminatoire est accompagné d'une photographie, celle-ci représente un couple hétérosexuel ou un homme politique (22,2%). À l'échelle nationale, 50% des articles contiennent des messages discriminatoires contre des groupes sociaux, et 45%, à l'échelle internationale. Dans seulement 5% des articles présentant l'opinion d'un séropositif il existe des messages de discrimination envers un groupe de population. Il y a une corrélation importante entre l'existence de messages discriminatoires et la mention de l'origine ethnique (75%), ce qui montre que le groupe social en butte à la plus grande stigmatisation est celui des immigrés et plus généralement, des populations mobiles (éléments vérifiés aussi par les résultats de la question concernant les groupes sociaux stigmatisés).

6.2.3. Analyse thématique

6.2.3.1. La construction sociale du sida dans la presse et les médias de masse

Outre leur fonction purement informative, comme nous l'avons déjà mentionné, la presse et les autres médias de masse, à travers des mécanismes interprétatifs, contribuent à l'appréciation d'un phénomène en lui prêtant une identité sociale. Selon Seale (2003), les médias modifient la perception sociale d'une maladie à travers les mécanismes suivants : a) *les oppositions*, b) *la modélisation*, et c) *la surprise et le renversement*.

6.2.3.1.1. *Oppositions*

Selon une des conclusions des scientifiques qui examinent les représentations de la maladie dans la presse et les médias de masse en général (Propp, 1968 ; Labov, 1973), les événements présentés acquièrent souvent leur fonctionnalité à travers la création et l'emploi d'*oppositions*. Cet aspect fonctionnel des médias se retrouve dans

tout sujet publié concernant la santé et la maladie (Seale, 2003). Sans doute, l'opposition la plus commune et la plus courante qui émerge à travers les histoires de patients qui communiquent leurs expériences, est le bipôle *vie / mort*.

Dans notre échantillon, l'opposition est réalisée, d'une part, par la présentation de la découverte de nouveaux produits pharmaceutiques et des études cliniques en cours – portant des messages d'espoir concernant la vie –, et, d'autre part, par l'énumération des cas de contamination au niveau mondial, créant un sentiment intense de peur de la mort. Voici les titres de deux articles parus dans le même quotidien au même jour, mettant en évidence l'utilisation opérationnelle de l'opposition.

« Espoir pour la découverte d'un vaccin qui sera mis en place après 2010 » (ELEFTHEROS, 01/12/2004)

« Le fléau du siècle fait des ravages » (ELEFTHEROS, 01/12/2004)

L'un des griefs les plus caractéristiques des médecins contre les journalistes concerne le fait que, dans le but d'attirer l'attention du public, la présentation qu'ils font des résultats scientifiques est très exagérée, présente des inexactitudes et un caractère trop absolu. Par exemple, comme le mentionne Seale (2003), un nouveau médicament est considéré soit comme un miracle, soit comme une abomination. Il n'existe aucune approche intermédiaire, selon laquelle il serait, par exemple, « bon » sur certains points et « mauvais » sur certains autres. Les articles de notre échantillon, consacrés à la découverte de nouveaux médicaments, sont caractérisés par un optimisme exagéré. Ils focalisent uniquement sur les éléments positifs, omettant toute référence aux effets secondaires possibles de la préparation pharmaceutique en phase expérimentale.

« Nouvelle attaque contre le virus du sida par les scientifiques, 20 ans après sa découverte. Il s'agit d'un nouveau médicament appelé Fuzeon, qui réduit la présence du virus dans le sang du patient, augmentant ainsi la durée de vie et diminuant les infections liées au sida. La nouveauté la plus frappante de ce médicament est son action contre les souches du VIH, devenues résistantes aux traitements thérapeutiques existants. » (EPENDYTIS, 24/01/2004)

6.2.3.1.2. Modélisation

La *modélisation* (template) (Kitzinger, 2000) est un autre phénomène lié à l'approche des questions de santé et la maladie par les médias. Joffe et Haarhoff (2002), étudiant les représentations du virus Ebola dans la presse britannique, remarquent que la presse compare la maladie émergente (Ebola) à la maladie traditionnelle (sida). La modélisation, dans ce cas, signifie qu'un système, déjà organisé, de stéréotypes, de jugements et d'interprétations peut être appliqué à toute maladie nouvelle. Désormais, le sida peut donc servir de « norme », de sorte que toute maladie étrange récemment apparue, puisse être perçue et comprise comme une version plus récente d'une histoire connue. En outre, la comparaison du sida avec d'autres maladies (*ex.* le diabète) ou d'autres pratiques (*ex.* le tabagisme) est utilisée pour la mise en évidence de la gravité de ces maladies et du risque de telles pratiques.

« Le diabète, un fléau plus important que le sida (...) Les spécialistes tirent la sonnette d'alarme : le diabète et l'obésité causent chaque année dans le monde plus de décès que le sida! » (I CHORA, 16/06/2004)

« Lourd tribut payé par l'humanité à deux des plus grands fléaux de l'époque moderne : le sida et le tabagisme. » (TA NEA, 24/11/2004)

6.2.3.1.3. Surprise et revirement

Par les mécanismes de la *surprise* (twitch) et du *revirement* (reversal), les médias exploitent les attentes du public pour susciter à nouveau son intérêt. Seale (2003) mentionne cinq éléments qui contribuent à la fonction catalytique de ces phénomènes : a) *les risques de la vie moderne*, b) *les malfaiteurs et les perturbés*, c) *les victimes*, d) *les héros professionnels*, e) *les héros populaires*.

6.2.3.1.3.1. Les risques de la vie moderne

Dans la *société du risque* (risk society), selon Beck (1992) et Giddens (1999), dominant les histoires qui généralisent la peur et cultivent la précarité et l'insécurité (Furedi, 1997 ; Reinharz, 1997). La presse focalise sur les risques multiples de la vie moderne (alimentation, environnement, virus mortels, erreurs médicales etc.).

L'identification en laboratoire d'un nouveau sous-type de VIH, résistant aux médicaments antirétroviraux en est un bon exemple :

« (...) la moitié des patients (52%) sont atteints du virus du sida de sous-type B détecté en Afrique. » (ETHNOS, 01/12/2004)

6.2.3.1.3.2. *Malfaiteurs / perturbés versus victimes*

Malfaiteurs et perturbés constituent une autre forme de menace pour la santé et la normalité, concepts étroitement liés à la culture moderne (Petersen, 1994). Les personnes se livrant à la prostitution, les usagers de drogues et les homosexuels, groupes dont le mode de vie singulier et non conforme à la norme suscite la peur, sont des exemples qui illustrent ce phénomène. L'individu marginalisé infecté et « assoiffé de vengeance » transmettant le virus VIH à des citoyens « innocents », est un stéréotype populaire colporté par les médias et, plus précisément, par les journaux à scandales qui se repaissent « de conflits, de scandales, de corruption et de faiblesse humaine en général » (Sullivan, 1993, p. 151). Dans les extraits suivants, nous verrons comment le sida, par le biais de la presse à scandales, continue à être objet de « focalisation ».

« Mais, selon l'hypothèse la plus probable, le Belge aurait attiré ses amis ou amants vers cet endroit éloigné de toute habitation, où il a été retrouvé mort, et leur aurait révélé qu'il était atteint du sida. À la suite de quoi, l'un de ceux qu'il aurait contaminés, l'aurait tué. » (ESPRESSO, 19/11/2004)

Cette catégorie comprend parfois des scientifiques associés à des actes préjudiciables – comme la transfusion de sang contaminé à des patients innocents – ou des représentants de multinationales – comme les compagnies pharmaceutiques, axées sur le profit au détriment de la santé publique. Selon certaines recherches, dans les médias, on retrouve la même présentation stigmatisante à l'égard des malades mentaux (Philo, 1996) et des personnes handicapées (Seale, 2003).

« La révélation du fait sans précédent de l'équipe de l'hôpital de Benghazi en Libye, ayant inoculé le virus du sida à 426 enfants, dont 40 sont déjà décédés, avait "scandalisé" le monde entier. » (ESPRESSO, 07/12/2004)

« L'opinion publique britannique et internationale en état de **choc** ! Des enfants, dont certains âgés à peine de 2 mois **ont servi de cobayes** pour tester des médicaments contre le sida. **De**

grandes entreprises pharmaceutiques¹⁰⁰ et des organisations caritatives catholiques américaines, liées aux établissements où vivaient les enfants **sont mêlées** à cette affaire, révélée par le journal britannique “ The Observer”. » (ESPRESSO, 05/04/2004)

Devant cette pléthore de menaces formulées et généralisées par la description incessante d’incidents, nous nous imaginons tous, un jour ou l’autre, en éventuelles victimes. Occasionnellement, la presse et les médias choisissent de mettre en évidence des groupes considérés comme plus vulnérables que d’autres. Les enfants constituent la représentation de la *victime* la plus efficace. Dans les sociétés modernes, il existe une tendance à la surprotection des enfants, qui sont considérés à la fois le plus vulnérables et exempts de toute responsabilité. L’allusion aux enfants décuple la peur du sida, qu’elle soit réaliste ou imaginaire (Papathanasiou, 1999).

« “Bien que le risque nous semble être faible, nous devons tenir compte de la santé de nos enfants”, a déclaré le directeur de St. Justine. » (I VRADYNI, 24/01/2004)

6.2.3.1.3.3. *Héros professionnels et populaires*

À l’ère de la mondialisation, dans les sociétés occidentales où le « héros national » a disparu en raison de la diminution des conflits militaires, de nouvelles formes d’ « héroïsme » se manifestent : l’humaniste, le contestataire ou celui qui, comme l’athlète, dépasse ses propres limites (Centlivres et al., 1999).

En matière de maladie, Seale (2003) mentionne deux formes culturelles dominantes d’héroïsme : a) *les héros professionnels* et b) *les héros populaires*. Ces héros, qu’ils soient *professionnels* (professional) ou *populaires* (lay), parviennent, de mille façons, à sauver le public de certains « périls » ou à le défendre contre les « criminels ». Une figure caractéristique du *héros professionnel*, est celle du médecin consacrant sa vie au combat contre le sida et à la recherche d’un vaccin ou d’un médicament, du médecin hospitalier, ou de celui qui œuvre au sein d’un organisme humanitaire, comme « Médecins sans Frontières ».

¹⁰⁰ Bien que des organisations caritatives catholiques soient aussi impliquées dans le scandale, les caractères gras ne sont utilisés que pour les entreprises pharmaceutiques qui sont davantage assimilées à l’archétype du malfaiteur.

« Un médecin grec en “lutte” contre le sida dans les pays d’Afrique. Au-delà des frontières de la sensibilité. Le “Médecin Sans Frontières” grec, Spyros Toufexis, qui a fait de l’Afrique sa deuxième patrie, a été confronté à tous les problèmes “occasionnés” par le sida sur le “Continent Noir”, à savoir le manque de médicaments, les préjugés de la population, mais, aussi, l’indifférence des multinationales pharmaceutiques vis-à-vis des patients déshérités du Tiers Monde. » (ELEFTHEROS TYPOS, 01/12/2004)

Toutefois, s’appuyant sur l’implication de médecins dans certains scandales (celui du sang contaminé cité ci-dessus ou des expériences illégales sur les enfants), la presse semble contester l’autorité médicale et, par extension, le rôle du héros professionnel.

Le *héros populaire* est appelé à renverser la situation d’incertitude et d’insécurité. Le récit confessionnel est devenu un moyen particulièrement populaire pour structurer la représentation de la maladie sur la base de l’expérience personnelle du narrateur. En affrontant la maladie, le héros populaire montre un tel courage qu’il semble faire ce dont la médecine est incapable, la « vaincre »¹⁰¹ ; il constitue un modèle de dynamisme et une source d’inspiration pour les autres, aussi bien pour les malades que pour les personnes en bonne santé – malades potentiels puisque, comme le disent Adam et Herzlich (1994, p. 5), la maladie est une expérience commune à tous (« nous avons tous l’expérience de la maladie »).

« J’ai sans doute été contaminé il y a 10 ans. À l’époque, personne ne connaissait le virus, on ne savait rien sur la prévention. Notre gouvernement s’y est intéressé beaucoup plus tard, mais c’était déjà trop tard. Aujourd’hui, 20% des jeunes sont malades. Il est important de parler ouvertement de la maladie, parce que tous doivent apprendre que “chacun est quelqu’un et personne n’est personne”. Ces quelques mots de Moutomba, 45 ans, habitant de Zambie, constituent un témoignage vivant, la preuve qu’il est possible de faire face au sida. » (ADESMEFTOS TYPOS – RIZOS, 26/11/2004)

¹⁰¹ Dans le cas du joueur de basket ball Magic Johnson, la presse écrivait « Earvin “Magic” Johnson semble corpulent et en bonne santé, comme si le virus qui le tue n’existait pas... » (*Sunday Morning Herald* 13 Février 1995).

6.2.3.2. Archétypes de personnes vivant avec le VIH/sida

Le *coupable* et l'*innocent* sont les principales images archétypales du malade du VIH/sida présentées par la presse. Cette paire archétypale antithétique apparaît véhémentement, principalement lors des premières manifestations de la maladie.

La catégorie des *coupables* englobe les homosexuels hommes dont la conduite sexuelle « déviante » a été la cause de leur contamination ; dans leur cas, la maladie mortelle apparaît comme une punition. Dans une recherche de Douglas et al. (1985) concernant l'homophobie chez les médecins et le personnel soignant, un taux important de personnes questionnées ont déclaré que « les homosexuels, malades du sida n'ont que ce qu'ils méritent ». Selon Lupton (1999), plus une personne est socialement déviante et plus elle est libre quant au choix des activités par le biais desquelles elle a été contaminée, plus elle est jugée coupable.

« ARAFAT, mort du sida ? (...) On soutient également que la nature de la maladie n'a pas été révélée, car les homosexuels – partie de la population principalement touchée par la maladie – sont considérés comme criminels par la société musulmane. En outre, selon le "Daily Mail", la rumeur selon laquelle Arafat serait bisexuel circule depuis 20 ans. Plusieurs sources, dont l'un de ses anciens chauffeurs, parlent d'individus qui lui auraient "procuré" de jeunes garçons pour satisfaire ses "penchants" coupables. D'autres parlent de relations avec ses gardes du corps. » (ESPRESSO, 22/11/2004)

Aux antipodes de l'archétype du coupable, on trouve celui de l'*innocent*. Cet archétype est représenté par l'image d'une femme hétérosexuelle infectée par son mari (Juhasz, 1990 ; Lupton, 1994 ; Sacks, 1996). Cependant, l'exemple le plus représentatif de cet archétype est celui des enfants qui ne sont en rien responsables ou coupables. Leur contamination est le résultat de mauvaises intentions, des erreurs ou des omissions de la part d'autres personnes (Albert, 1986 ; Crimp, 1992 ; Kitzinger 1993 ; Lupton, 1994).

« (...) le mariage est considéré comme étant le premier facteur de risque, puisque de nombreuses femmes ont été infectées par leur conjoint... Beaucoup d'hommes mariés entretiennent des relations extraconjugales sans protection. » (I APOFASI, 09/03/2004)

« 400 enfants – victimes du sida. Ils payent le tribut des jeux politiques de Tripoli et de l'Occident » (ELEFTHEROS TYPOS, 13/01/2004)

Selon la recherche de Lupton (1999) sur les représentations sociales des personnes vivant avec le VIH/sida dans la presse, trois sous-types archétypaux émergent, sur le modèle dichotomique *innocent / coupable* : a) *la victime du sida* (AIDS victim), b) *le survivant du sida* (AIDS survivor) et c) *le porteur du sida* (AIDS carrier). Les archétypes précités ne mettent pas seulement en évidence les approches modernes du sida, mais, surtout, ils englobent les concepts de morale, de maîtrise de soi et de responsabilité.

Ces archétypes ont constitué des axes d'analyse pour la présente recherche. Analysant notre matériel selon cette typologie, nous avons, donc, cherché à savoir si les archétypes en question maintiennent leur fonctionnalité aujourd'hui ou s'ils ont décliné, laissant place à d'autres formes de représentation.

6.2.3.2.1. *La victime*

Au début des années 1980, où les connaissances médicales sur la nature de la maladie étaient limitées et les options de traitement inexistantes, les malades du sida étaient présentés comme des personnes physiquement diminuées et socialement marginalisées (Crimp, 1992). Ce type de représentation a conduit à la formation de l'archétype de la *victime*. On retrouve cet archétype dans le discours plus général sur la maladie, selon lequel les patients sont décrits comme des personnes dépendantes, en marge de la vie sociale, en raison de leur vulnérabilité sur le plan physique et de leur invalidité.

On retrouve encore de nos jours l'archétype de la victime comprenant divers sous-types, comme la *victime souffrante* et la *victime de discrimination*. Les médias se réfèrent aux individus qui répondent à cet archétype avec une plus grande bienveillance et se montrent plus indulgents, en mettant l'accent sur la douleur et non pas sur la responsabilité personnelle (Lupton, 1999).

« J'étais malade du sida depuis plusieurs années sans le connaître. Je l'ai compris lorsque j'ai été atteint de tuberculose et que je perdais 3-4 kg par mois. J'avais perdu 19 kg... » (ELEFTHEROTYPIA, 25/11/2004)

« Ils sont totalement abandonnés. La situation reste sombre pour les malades du sida, à l'Unité des Maladies Infectieuses, sept mois après la découverte d'irrégularités commises au

détriment des malades. (...) les 450 patients provenant du nord de la Grèce soignés à l'UMI continuent à vivre dans l'insécurité et l'abandon et se sentent atteints au plus profond d'eux-mêmes. » (ETHNOS, 01/12/2004)

Comme nous l'avons déjà mentionné, les enfants sont un exemple classique de victimes. Nous citerons un article qui met en évidence, de la façon la plus significative, l'ampleur de la victimisation interprétée en termes d'innocence et de culpabilité. Plus précisément, l'article du quotidien *APOGHEVMATINI* (06/04/2004) au titre évocateur « *Orphelins et nourrissons mêlés à des expériences dans la lutte contre le sida* », révèle l'existence d'expériences illicites pratiquées sur des enfants, visant à promouvoir la recherche sur le sida, et sur des tueurs en série, afin d'étudier les comportements délinquants. Bien que la moitié de l'article soit consacrée aux enfants, le reste se référant aux délinquants, l'accent est mis sur la première partie, ce qu'évoque le titre principal de l'article, accompagné du mot « *SCANDALE* ». Dans le premier cas, les résultats de la recherche peuvent se révéler bénéfiques pour les malades du sida qui, pourtant, selon certains, comme nous l'avons mentionné plus haut, « n'ont que ce qu'ils méritent » puisqu'ils sont associés à des groupes socialement rejetés et dont le comportement est considéré comme délinquant. Tandis que, dans le cas de la seconde recherche, les résultats protégeront la personne considérée comme « saine » (dans le sens de non déviante) et menacée desdits malfaiteurs et perturbés. L'emploi de la forme antithétique *victime / malfaiteur – perturbé* vise à montrer que, dans le cas des expériences sur les enfants, ceux qui en tirent profit sont les coupables, alors que, dans le cas des meurtriers en série, ce sont les innocents.

6.2.3.2.2. *Le survivant*

Dès le milieu des années 1990, l'intérêt de la presse se déplace vers l'état psychoaffectif des malades du sida et à leur manière d'affronter la vie. L'archétype du *survivant* est une personnification de l'espoir et se trouve associé au héros populaire. Contrairement à l'archétype de la victime, le survivant ne s'abandonne pas au destin, il lutte contre la maladie et le désespoir.

Cet archétype est basé sur l'analyse du « syndrome du survivant » des camps de concentration nazis pendant la Seconde Guerre mondiale (Wright, 1998), qui a

conduit à la création de ce qu'on appelle le « Syndrome du survivant au Sida » (AIDS Survivor Syndrome) (Pollak, 1990). Des études sociologiques et anthropologiques soulignent l'importance des questions que se pose l'individu à l'apparition d'une maladie. « Pourquoi ? » est la principale question formulée par les patients à l'annonce d'une maladie grave, parfois incurable. La question « Pourquoi ai-je été, moi, infecté ? » à la nouvelle d'un résultat positif lors d'un dépistage du VIH, se transforme en « Pourquoi dois-je survivre, moi ? » quand l'individu voit des gens mourir de la même maladie, alors que, lui, il reste en vie (Pierret, 1998 ; Papathanasiou, 2006b), cherchant ainsi des réponses d'ordre métaphysique.

Parmi les textes étudiés, nous avons isolé certains extraits qui montrent une dimension optimiste, à travers la narration du vécu de séropositifs. À titre d'exemple, nous citerons le témoignage d'un séropositif vivant sur le continent africain, où l'accès aux médicaments est plus difficile que dans les pays occidentaux, ce qui confère à sa parole une vigueur et une dynamique encore plus grandes et révèle la force et le potentiel « intrinsèque » de l'Homme. L'importance du témoignage narratif de survivants – héros populaires est soulignée par les articles de trois journaux à grand tirage, publiés presque simultanément (I KATHIMERINI, 26/11/2004, ADESMEFTOS TYPOS – RIZOS, 26/11/2004, ELEFTHEROTYPIA, 25/11/2004).

« “Si je suis encore en vie, il doit y avoir une raison” dit Winter Moutomba Mousonda, originaire de Zambie, qui serait porteur du virus depuis plus de dix ans et qui a affronté la mort il y a 7 mois. » (I KATHIMERINI, 26/11/2004)

6.2.3.2.3. *Le porteur*

Un autre archétype qui figure dans la presse est celui du *porteur* ; il inclut les personnes ayant transmis le VIH à d'autres individus, délibérément ou par imprudence. Une fois de plus, les homosexuels ont le premier rôle dans cette catégorie, suivis par les bisexuels, les usagers de drogues (Watney, 1992 ; Kitzinger, 1993 ; Lupton, 1994) et les femmes de mauvaise vie, comme les prostituées (Juhasz, 1990 ; Sacks, 1996). L'archétype du porteur du sida tire principalement sa force des récits de science-fiction et de mystère « se référant aux vampires, à des maladies mortelles mystérieuses, à de dangereux inconnus, au sexe prohibé etc. » (Watney, 1992, p. 153).

Dans l'extrait suivant, le mobile du meurtre d'un homosexuel est attribué à une éventuelle contamination de l'amant – assassin. De même, dans le cas de l'assassinat de Gianni Versace, en 1997 par son amant, un tueur en série, les soupçons des autorités policières, en quête de mobiles, se tournèrent principalement vers l'hypothèse d'une contamination de l'accusé par la victime (*cf.* Orth, 1999). Dans le cas d'actions criminelles commises par des homosexuels, l'attribution du mobile à des sentiments vindicatifs causés par une éventuelle contamination par le VIH, montre que le sida reste, au niveau de la représentation, étroitement lié à l'homosexualité. Bien qu'aujourd'hui le terme *syndrome homosexuel* (gay syndrome) ne soit pas considéré réaliste pour la description du sida, les représentations sociales de la maladie montrent que la réalité symbolique fantasmée se construit sur ce principe. Le sida, tout au moins au niveau de sa représentation, reste associé à l'homosexualité et l'homosexuel est toujours un personnage « étrange » et socialement « déviant », dépourvu de sens moral et de maîtrise de soi, aveuglé par ses passions. Il a donc le profil du malfaiteur, dangereux pour la collectivité, tel que Seale le décrit (2003).

« Éluclidations concernant le porteur du sida de 58 ans qui a été retrouvé poignardé dans un endroit désert, victime d'un ancien amant qu'il aurait contaminé au virus mortifère. » (ESPRESSO, 19/11/2004)

On retrouve une autre figure de porteur dans le cas d'une chirurgienne, ayant attiré l'attention de la presse pendant la période de notre étude, laquelle, bien que se sachant positive au VIH, continuait à exercer. Le scepticisme et l'incertitude quant aux modes de transmission du virus prédominant dans le milieu du travail et les employés infectés par le VIH continuent d'être la cible de la presse, surtout lorsqu'il s'agit de personnel soignant. Goss et Adam-Smith (1995) mentionnent le cas du journal britannique *THE PEOPLE* (15/01/1995), ayant attiré l'attention du public sur deux médecins infectés, les décrivant comme des « corrupteurs ». Le journal exigeait que tous les membres du personnel médical et paramédical subissent un test de dépistage du VIH pour assurer « *notre protection à tous* ». La crainte de la transmission du virus par le personnel médical et la compatibilité entre la séropositivité et les professions de la santé sont des questions qui continuent à hanter le discours public, comme nous le verrons dans l'extrait suivant.

« Le Canada en état de choc, en raison d'un appel lancé par les dirigeants de l'hôpital français pour enfants St. Justine à 2614 patients pour les inciter à subir des tests de dépistage du sida.

En effet, cette maladie mortelle a été diagnostiquée chez une chirurgienne de l'hôpital ayant opéré 2614 personnes, de 1990 à 2003. » (I VRADYNI, 24/01/2004)

En outre, la menace du sida présentée comme une « arme biologique » aux mains de terroristes, est impossible à gérer par la seule raison. Le sida n'est plus une MST par des sécrétions corporelles contrôlables, il devient une menace impossible à maîtriser, qui transcende les limites de la responsabilité personnelle et de la maîtrise de soi.

« KAMIKAZE ARRÊTÉ AVEC UNE BOMBE – SIDA ! À Tel Aviv, un Palestinien s'apprêtait à commettre un attentat-suicide avec une bombe bourrée de sang contaminé au VIH ! (...) “Le virus du sida infecterait les survivants de l'explosion”... » (ESPRESSO, 14/04/2004)

6.2.3.3. Sida : «le mal des autres »

En matière de représentation, le sida a été associé à des groupes concrets, qui étaient déjà socialement rejetés avant son apparition. Les personnes appartenant à un « groupe à risque élevé » sont stigmatisées et marginalisées comme « porteurs » potentiels du virus du sida et, donc, dangereux pour la santé publique.

Les anthropologues et les sociologues ont pleinement développé la théorie du « bouc émissaire » pour expliquer l'attribution de la responsabilité d'un événement inexplicable devenant une menace pour la collectivité (Douglas, 1990 ; Pierret, 1992 ; Adam & Herzlich, 1994). Au cours de notre étude, nous avons constaté que le sida continue à être un mal « étranger », relié à « l'autre », au « différent ». Toutefois, l'archétype du « porteur », comme nous l'avons analysé plus haut, se trouve aujourd'hui moins associé aux homosexuels et aux usagers de drogues (comme il le fut lors des premières années de l'épidémie), mais plus lié aux immigrants et aux prostituées. Dans le cas des prostituées, la stigmatisation ne se réfère pas au mode de vie, mais à l'origine, ce qui montre la dimension culturelle du sida.

L'association du sida avec l'exogroupe est entreprise à un niveau qualitatif (*nomination*) et quantitatif (*énumération*).

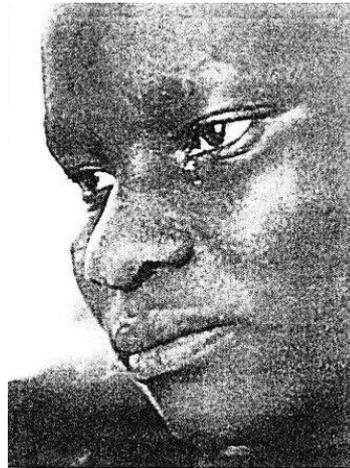
Parmi les articles examinés, nous avons localisé, ceux qui reliaient la maladie à l'Afrique à un niveau linguistique. L'adjectif « africain » qualifie le terme «VIH»,

créant ainsi une relation de cause à effet. Le VIH est appelé africain et, dans certains articles, « virus du diable » (I APOFASI, 26/04/2004 et 12/05/2004), associant « l'étranger » au « mal ». En outre, l'emploi de certains substantifs (*ex.* « menace ») et de certains verbes (*ex.* « il frappe ») qui provoquent une intense émotion, cultive l'alarmisme en augmentant l'incertitude et l'insécurité. Dans un autre article, le sida est personnifié dans la figure d'une femme africaine. Le sida n'est plus quelque chose d'abstrait, de général, de vague ; il prend forme à travers le visage de la femme africaine et sa réception stéréotypée.

« La Grèce menacée par le virus africain du sida » (APOGEVMATINI, 1/12/2004)

« Le sous-type du virus du sida qui sévit en Grèce vient d'Afrique » (TO VIMA, 1/12/2004)

« Le sida a la figure d'une femme africaine » (TA NEA, 07/07/2004)



(APOGEVMATINI, 12/05/2004)

Associée à l'emploi d'éléments linguistiques, la mise en avant de l'image épidémiologique à travers des données statistiques, construit le profil d'une maladie qui semble constituer, principalement (sinon exclusivement), le problème d'un espace géographique particulier.

« L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée au niveau mondial. Près de 25 millions de personnes vivent avec le virus (64% de l'ensemble des malades au niveau mondial, alors que l'Afrique subsaharienne abrite à peine 10% de la population mondiale) » (RIZOSPASTIS, 01/12/2004)

Grmek (1989), dans son livre *Histoire du sida*, mentionne qu'une des premières affaires médicales concernant l'interprétation de cette maladie mystérieuse

était « l'affaire dite africaine ». Ensuite, le sida, dans un mélange d'imagination scientifique et populaire, fut associé « au singe vert » et aux cérémonies primitives des Africains. Même aujourd'hui, comme nous le voyons dans l'extrait suivant, de telles croyances sont encore présentes.

« Un virus semblable au VIH serait propagé par la viande de singe en Afrique (...) le virus a probablement été transmis aux chasseurs, lors de l'abattage du gibier (...) le VIH s'est déclaré dans la même région et, le virus découvert appartenant à la même famille, serait ainsi transmis au corps humain. » (IMERISSIA, 23/11/2004).

Les études de Didier Fassin (2000) en Afrique nous fournissent des éléments de comparaison des réactions des communautés du monde occidental et du monde africain face au sida. Dans les deux cas, c'est le « différent » qui est, une fois de plus dans l'histoire des maladies, accusé et, plus particulièrement, les membres de l'exogroupe. Aux États-Unis et en Europe, le sida provient du continent africain alors qu'en Afrique, le sida est considéré comme la maladie des « Blancs ». Les représentations désignant le sida soit comme conséquence de pratiques culturelles dangereuses soit comme produit d'un complot, continuent à être entretenues par la presse.

« La nobéliste Mataai insiste sur la théorie du complot du sida... Elle a insinué le virus aurait été créé dans le but d'être utilisé comme une arme contre les Africains... la propagation du fléau mortel s'intégrerait à un complot contre le continent noir en général... L'idée selon laquelle l'apparition du sida serait le produit d'une énorme conspiration organisée contre l'Afrique est très répandue parmi les habitants du continent... "Nombreux sont ceux qui disent qu'il proviendrait des singes... Mais est-il possible que seuls les Noirs en soient maudits"... » (TO VIMA, 13/10/2004)

Comment interpréter ce phénomène ? Joffe (1996, 1999) mentionne l'importance de l'identité dans la perception du sida. Plus précisément, la recherche a montré que, même si, comme l'avait souligné Kitzinger (1998) dans ses recherches, en Grande-Bretagne et en Afrique du Sud, les Blancs associent le sida au « continent noir », à ses famines, à ses maladies et à une sexualité primitive et perverse, les Noirs en Grande-Bretagne et en Afrique du Sud perçoivent la maladie de façon très différente. Ils ont associé le sida à l'Occident, avec ce qu'ils considèrent comme des rituels pervers d'expériences au détriment de la nature. De toute évidence, la clé pour l'interprétation de cette attitude est le lien avec « l'autre », qui nous tient à distance de

la menace. « Si le sida pouvait être associé aux comportements déviants des étrangers ou des exogroupes, il pourrait être dissocié de notre propre santé » (Joffe & Haarhoff, 2002, p. 957). Une sensibilisation accrue face à un grand nombre de risques peut être associée à un sentiment réduit d'implication personnelle dans le risque, car les représentations agissent comme un mécanisme de défense gestionnaire de la menace.

Par le biais des mécanismes développés ci-dessus, le sida a été également associé aux personnes originaires d'Europe de l'Est et de Russie. Dans ce cas cependant, la menace pour les Grecs est plus directe, puisque, conformément aux statistiques, la plupart des immigrés en Grèce proviennent des pays de l'Europe de l'Est et de la Communauté des États Indépendants. Il est particulièrement intéressant de noter que la majorité des étrangers provenant de pays de l'ex-Union soviétique sont des femmes. En tête de ces pays se place l'Ukraine avec 2,6% de la totalité des immigrés et 80% de femmes (Kavounidi, 2002). Un nombre important de femmes en provenance de ces pays offrent des services sexuels soit légalement, soit illégalement, soit en tant que victimes de la traite des blanches (trafficking) (Lazos, 2002).

Dans l'extrait suivant, nous constatons que les prostituées de l'ex-Union Soviétique qui vivent et travaillent en Grèce, sont présentées comme une menace pour la santé publique. L'identification des clients marque une inquiétude pour les membres de l'endogroupe (clients grecs), tandis que les membres de l'exogroupe, pourtant tout aussi menacés (clients étrangers), sont négligés. Un autre aspect intéressant se révèle être le transfert des risques de la pratique (la prostitution) vers l'identité (immigrants), où l'exogroupe est associé au « risque » et l'endogroupe à la « sécurité » (Apostolidis, 1998). Dans cet extrait, le risque de contamination de la population masculine n'est pas dû à la prostitution en général, puisque les prostituées ne sont pas mentionnées en tant que groupe homogène caractérisé par ses pratiques : elles sont classées en « locales » et en « étrangères », cette différenciation montrant que les Grecques sont associées à la sécurité et les étrangères, au danger.

« Préviation de mauvais augure concernant la propagation de l'épidémie mortelle du sida dans notre pays. Au cours de la dernière décennie, l'explosion de l'industrie du sexe en Grèce, s'est accompagnée d'une augmentation des cas du fléau. Conformément aux données épidémiologiques, les femmes provenant des pays de l'ex-Union Soviétique, qui exercent la profession de prostituée dans notre pays, présentent des taux accrus de sida. Par voie de

conséquence, les hommes grecs sont contaminés lors des rapports avec elles.»
(ELEFTHEROS, 01/12/2004)

6.3. Conclusion du chapitre

L'expérience de la maladie ou la menace d'une maladie potentielle est analysée en termes comportant une dimension morale. La distinction entre malades du sida « innocents » et « coupables » s'est basée sur des systèmes de valeurs préexistants associés à l'homosexualité, à la consommation de drogues, à la prostitution ou à la spécificité culturelle. Selon des recherches internationales, dans toutes les phases de l'évolution du sida en tant que maladie sociale, les différents discours tenus dans la presse convergent sur l'émergence de la dimension de la responsabilité des personnes infectées par le VIH. Alors qu'au début, le poids de la responsabilité incombait au mode de contamination qui était associé au mode de vie et aux choix personnels des individus, il s'est déplacé progressivement vers le mode de gestion du risque de transmission du virus aux autres, de la part des individus porteurs du VIH (Lupton, 1999).

À travers des données qualitatives aussi bien que quantitatives, nous avons abouti à la conclusion qu'à l'ère d'une prétendue « normalisation » du sida, les archétypes de « l'innocent » et du « coupable » persistent dans la presse et le sida constitue encore aujourd'hui une maladie comportant une dimension morale en ce qui concerne la contamination et son interprétation. La stigmatisation, moins fréquente que par le passé, continue à concerner des groupes considérés comme inférieurs et à constituer un élément de focalisation, principalement pour la presse à scandale. Toutefois, il est intéressant de remarquer le déplacement de la stigmatisation des personnes avec VIH, du mode de vie vers l'identité de groupe. La stigmatisation sociale et la discrimination contre les immigrés et les minorités ethniques ne sont pas des phénomènes nouveaux. Cependant, l'émergence de l'épidémie du sida a intensifié le racisme et a augmenté les phénomènes de xénophobie, en termes d'origine ethnique et de particularités culturelles (Wilson, 1994). Dans un article de notre échantillon, il est question de « conflit d'épidémies » (I NIKI, 24/04/2004) à une époque d'intense mobilité des peuples et de brassages culturels où, après l'attaque terroriste du 11 septembre 2001 à New York, on parle souvent de « conflit des cultures ».

Cette recherche représente la première tentative d'étude du rôle de la presse dans la construction sociale du sida, ayant pour but de combler une lacune concernant ce sujet dans la bibliographie grecque. Le manque de données empiriques fut un obstacle à toute tentative de comparaison avec les premiers stades de l'épidémie (apparition de la maladie en 1981 ou enregistrement du premier cas en Grèce, en 1983). Néanmoins, nous avons entrepris l'analyse du sujet du traitement du sida par la presse grecque, en prenant comme référence l'expérience d'autres sociétés modernes du monde occidental.

Un élément-clé pour l'étude méthodologique du sida par rapport à la presse est que cette recherche présente le point de vue des représentations sociales¹⁰². Toutefois, pour une analyse significative du binôme « sida et presse », il est nécessaire que soient étudiés, outre la « représentation » en tant que contenu, les deux autres grands domaines de recherche identifiés par la science de la communication : la « production » et la « réception ». Des questions indicatives qui couvrent le champ de la « production » seraient les suivantes : « Comment les ONG luttant contre le sida utilisent-elles la presse comme moyen de pression politique (lobbying) ? », « Quelle est la finalité des rumeurs concernant la maladie qui circulent par le biais de la presse à scandales ? ». Concernant l'étude de la « réception », on pourrait formuler les questions suivantes : « Comment les gens réagissent-ils aux messages véhiculés par la presse, concernant le sexe protégé ? » ou encore « Comment les séropositifs et les malades du sida perçoivent-ils les messages les concernant, véhiculés par la presse ? ».

Dans cette recherche, nous avons recueilli et analysé un matériel provenant de la presse écrite et, en particulier, des journaux¹⁰³. Il serait intéressant d'étudier le sujet à travers les revues, tentant une comparaison entre les revues masculines et féminines de « life style » en ce qui concerne la représentation de la dangerosité de la contamination et des précautions par rapport au virus VIH, par exemple. En outre, il serait également nécessaire d'analyser également du matériel provenant des médias de

102 Selon Seale (2003), dans une étude sur les recherches concernant le sida et les médias, 70% en concerne les représentations sociales.

103 *Id.*, 26 des 91 recherches sur le sida et les médias ont utilisé les journaux comme source de matériel.

masse divers, comme la télévision, la radio, le cinéma mais aussi l'internet¹⁰⁴ qui constitue le moyen le plus représentatif de la communication à l'ère de la haute technologie.

De toute évidence, au-delà de l'analyse du contenu, qui est la méthode la plus applicable au matériel de la presse, il serait utile de tester d'autres méthodes propres aux sciences sociales, telles que des entretiens ou des groupes de discussion (focus groups), ainsi qu'une approche polyméthodologique suivant la stratégie de la triangulation (Apostolidis, 2006). Une telle stratégie permettra d'approfondir l'analyse des processus psychosociaux qui régissent la communication sociale sur les questions de santé et la maladie.

¹⁰⁴ Les recherches menées jusqu'ici focalisent sur la façon dont l'Internet devient un outil de stimulation des personnes vivant avec le VIH/sida ou d'activisme. Cf. Koulierakis & Agrafiotis, 2001 ; Gillet, 2003.

Troisième recherche :

Représentations sociales et responsabilité liée au VIH chez des futurs enseignants dans le primaire

*« Les représentations émergent à travers notre propre besoin
de changer l'inconnu en quelque chose qui soit notre »*

Serge Moscovici

7.0. De l'exploration du terrain à la vérification expérimentale

Comme on a vu dans les chapitres précédents, le discours de type étiologique de la responsabilité liée à l'infection par le VIH – soit institutionnel et associatif, soit médiatique – comprend des jugements moraux.

Dans leurs discours sur le sida, les acteurs interviewés (première recherche) font usage de jugements moraux. Pour décrire la maladie et le malade et pour interpréter ou, mieux, donner un sens à ce fait (l'infection de la personne par un virus menaçant), ils ont recours, en fait, à des normes, des règles, des codes, des mœurs, des valeurs... L'analyse des explications de la maladie montre, donc, qu'elle ne constitue pas un phénomène interprété seulement en termes biologiques (virus, cellules, système immunitaire), mais surtout en termes sociaux (immoralité, conduite antisociale, illégalité) qui construisent le profil de la personne malade, coupable ou innocente.

De la même façon, la rhétorique médiatique (deuxième recherche) hyperdramatisée et, souvent, superficielle focalise sur le risque. Par des mécanismes, comme l'énumération des cas de contaminations par le VIH, l'introduction des termes scientifiques obscurs et pompeux et l'appel à l'autorité, les médias apportent une contribution décisive à la construction sociale du risque de la contamination par le VIH. Qui est-ce dangereux et qui est-ce menacé ? À partir des résultats de notre analyse de presse, on pourrait suggérer que le risque vient du « dehors », à savoir le

sida – en tant que menace sanitaire – est associé à la personne considérée comme étant membre de l'exogroupe. Plus précisément, nos résultats montrent l'établissement d'une relation entre le sida et les étrangers. La présentation schématique opposerait « *les étrangers dangereux* » aux « *autochtones menacés* », ce qui pourrait se traduire en termes de responsabilité (cf. Fauconnet, 1928) : **les étrangers coupables versus les autochtones innocents**. Ce type de catégorisation influence, sans doute, les relations intergroupes. De plus, le facteur du « genre » semble jouer un rôle important dans les jugements moralisants tant pour les membres de l'endogroupe que pour ceux de l'exogroupe. Plus précisément, en ce qui concerne les membres de l'exogroupe, dans le discours des acteurs de santé publique aussi bien qu'aux communiqués de presse, les éléments stigmatisants concernent plus les femmes étrangères que les hommes étrangers. Ainsi, les femmes étrangères sont présentées comme étant mêlées à des réseaux de prestation de services sexuels (légaux ou illégaux), en développant l'hyperactivité sexuelle, qui augmente le risque de contamination au VIH, tandis que les hommes étrangers sont présentés comme des machines « asexuelles de production industrielle » (implication dans les travaux manuels). D'autre part, les femmes étrangères (l'exogroupe) ont des rapports sexuels (mode de transmission du VIH) avec des hommes grecs (l'endogroupe), qui sont probablement contaminés par « le virus mortifère ». ¹⁰⁵ Si on accepte que la plupart des femmes grecques – conformément aux communiqués de presse – soient contaminées dans le cadre de la relation conjugale et du mariage, alors l'institution « sacrée » de la famille, cellule capitale de la société grecque et de toute société, est mise en danger. Par conséquent, le risque individuel ou interindividuel se transforme en risque intergroupe et en groupe collectif. Dans le cas du VIH et des relations intergroupes, on noterait la présence de la représentation schématique suivante: **femmes étrangères dangereuses versus hommes grecs menacés**. Conformément à ce schéma, la femme étrangère est considérée coupable, elle est vue comme la cause du mal, en éveillant à l'inconscient collectif le souvenir du péché originel et du rôle d'Ève dans l'expulsion de l'*homme* (on utilise le même mot pour désigner l'homme et l'être humain en français) du jardin d'Eden (symbolisant la santé, la vigueur, le bonheur).

¹⁰⁵ Terme qui est utilisé très souvent pour le VIH dans la presse.

Dans une prochaine étape (troisième recherche), nous avons tenté de contrôler les résultats ci-dessus au moyen des méthodes expérimentales. À travers les deux manipulations expérimentales distinctes, on a entrepris d'examiner si la responsabilité de la contamination par le VIH est liée à des stigmates préexistants et à des appartenances sociales spécifiques. Comme on l'a cité ci-dessus, conformément aux conclusions de nos deux recherches précédentes, le sida est lié à des groupes sociaux dont les membres portent le stigmate de la personne socialement « déviante » et « marginalisée » ou de « l'autre », de la personne « différente » (comme les homosexuels, les usagers de drogues, les personnes se livrant à la prostitution, les immigrés), comme confirmé également par la littérature internationale. Notre hypothèse est que la plus grande responsabilité est attribuée aux membres de ces groupes en raison de leur contamination réelle ou potentielle par le VIH, par rapport aux membres de groupes qui ne sont pas socialement stigmatisés (*ex.* les hétérosexuels et les transfusés). Les approches interprétatives de la séropositivité varient en fonction du mode de contamination et les attitudes face aux personnes atteintes du VIH/sida semblent opposer les « victimes innocents » à des « accusés coupables ». On suppose, par conséquent, que le mode de vie et le mode de contamination relatif, ainsi que le sexe et le statut de l'endogroupe / exogroupe, sont des facteurs d'une importance déterminante dans la configuration des représentations sociales pour la responsabilité en ce qui concerne le VIH. En outre, on a voulu voir comment le mode d'approche de la maladie (contagieuse *versus* transmissible) influence les attitudes des sujets face aux personnes atteintes du VIH/sida.

Notre premier objectif de recherche est d'étudier le phénomène de responsabilisation de la contamination par le VIH en tant que construction sociale. Notre hypothèse générale est que l'attribution de la responsabilité varie en fonction des caractéristiques sociales de la personne séropositive. On a tenté de mettre à l'épreuve cette hypothèse par différentes opérationnalisations expérimentales, construites à l'aide des trois variables : a) *mode de contraction du VIH*, b) *endogroupe / exogroupe de la personne contaminée* et c) *sexe de la personne contaminée*. Ces trois variables ont été choisies sur la base des résultats des recherches précédentes.

<p>Hypothèse générale :</p> <p>Les explications de la contamination et, plus spécifiquement, l'attribution de la responsabilité, varient en fonction des caractéristiques sociales des personnes contaminées par le VIH.</p> <p>Variabes :</p> <p>a) mode de contraction (contact hétérosexuel, contact homosexuel, usage de drogue par voie intraveineuse, transfusion)</p> <p>b) endogroupe / exogroupe (grec, étranger)</p> <p>c) sexe (homme, femme)</p>
--

Tableau 7.1 : Hypothèse générale et variables

Par ailleurs, le deuxième objectif de notre recherche est d'étudier le rôle des représentations de la maladie sur les explications et les attitudes à l'égard des personnes séropositives. Du point de vue opérationnel, nous avons tenté de comprendre le sens qui est attribué à la maladie et le rôle qu'il pourrait jouer dans la façon dont les individus traitent l'information sur les caractéristiques sociales de la personne séropositive (notions de *sens* et de *filtre*, cf. Apostolidis, 1994). Plus précisément, dans le cas du sida, deux modèles représentatifs dominant, fondés sur le mode de transmission du virus : a) le sida se présente comme une *maladie contagieuse*, b) le sida constitue une *maladie transmissible*. D'une part, on tente d'étudier l'organisation du champ représentationnel en fonction de la dimension contagionniste et les variables qui favorisent cette prise de position. D'autre part, on s'attache à étudier de quelle manière la façon dont on traite la notion de responsabilité est affectée par le sens donné à la maladie. Notre hypothèse de travail est la suivante : **« Plus les individus ont une conception contagionniste, plus ils attribueront une plus grande responsabilité »**. En outre, nous posons une hypothèse d'interaction selon laquelle les représentations préexistantes influencent les attitudes à l'égard des personnes atteintes du VIH. Donc, nous tentons d'étudier le rôle des représentations préexistantes sur les effets de l'information expérimentale.

Nous nous sommes attachés à vérifier ces hypothèses à partir de deux recherches expérimentales construites sur la base du protocole suivant :

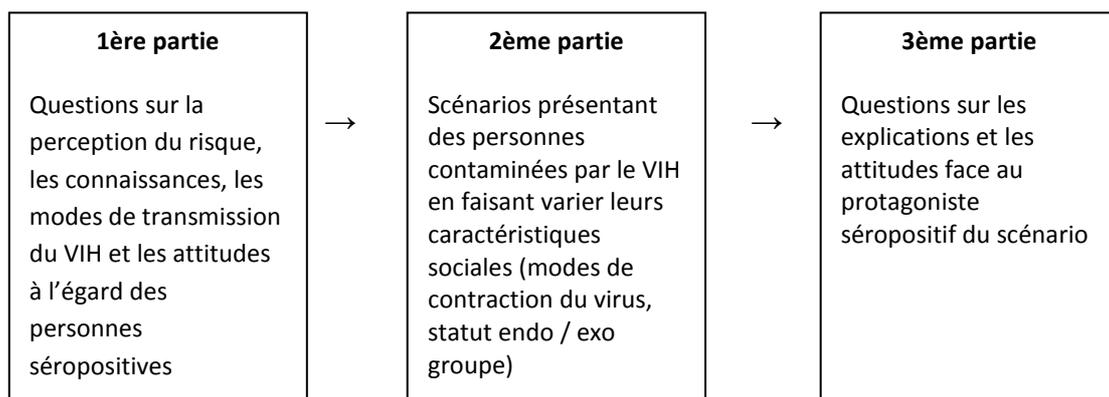


Schéma 7.1 : Présentation schématique du protocole expérimental

7.1. Méthodologie

Les chercheurs ont élaboré deux manipulations expérimentales, dont chacune examine le rôle des variables citées ci-dessus. La première manipulation expérimentale concernait la variable du *mode de contraction* et la deuxième, les variables de l'*endogroupe / exogroupe* et du *sexe*.

7.1.1. PREMIÈRE MANIPULATION EXPÉRIMENTALE

7.1.1.1. Hypothèse spécifique

L'hypothèse sur laquelle s'organise la première manipulation expérimentale est fondée sur le mode de contamination par le VIH. C'est-à-dire, on suppose que l'attribution de la responsabilité est influencée du **mode de contamination** du séropositif. Concrètement, on suppose que les sujets attribuent la plus grande responsabilité aux personnes qui ont été contaminées par des pratiques socialement dévalorisées, comme le rapport sexuel homosexuel et l'usage de substances intraveineuses, par rapport aux personnes qui ont été contaminées par le rapport sexuel hétérosexuel et par une transfusion.

7.1.1.2. Dispositif expérimental

On a construit un dispositif composé de trois parties. La première partie est un questionnaire – composé de vingt (20) questions – portant sur la perception du risque

d'infection par le VIH, les connaissances concernant la maladie, ses modes de transmission, les attitudes à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida. Cette partie a été élaboré à partir des questionnaires utilisés dans les recherches menées dans le cadre du programme mondial de lutte contre le sida de l'OMS (questionnaire KABP) et reprend les questionnaires utilisés par l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida en France)¹⁰⁶ et l'ESDY, en Grèce. Il va de soi que l'instrument de mesure utilisé dans cette recherche n'est pas, a priori, destiné à l'étude des représentations sociales du sida. Néanmoins, nous verrons qu', en dépit de ses limites, il nous permet de cerner quelques aspects des représentations relatives à notre objectif de considération du rôle d'un mode de représentation de type contagionniste.

On a demandé aux sujets de répondre à vingt (20) questions – à l'aide d'une échelle de sept (7) points –, en déclarant le degré de leur accord ou de leur désaccord concernant les modes de transmission du VIH, mais, également, en se référant aux attitudes face aux séropositifs.

Concrètement, les sujets étaient priés de répondre si un individu est contaminé ou n'est pas contaminé par le VIH : a) à travers des pratiques spécifiques, comme embrasser une personne atteinte du sida, échanger une poignée de main avec une personne atteint du sida, utiliser la même toilette que quelqu'un atteint du sida, porter les vêtements de quelqu'un atteint du sida, utiliser les mêmes couteaux ou couverts avec quelqu'un atteint du sida, être hospitalisé dans la même chambre que quelqu'un atteint du sida, b) en cas de transfusion, de don de sang ou lors de l'accouchement (de la mère atteinte du sida au nourrisson), c) s'il a des rapports sexuels avec des personnes appartenant à des groupes spécifiques, comme les homosexuels, les usagers de drogues, les personnes qui se prostituent, les immigré(e)s ou par le rapport sexuel sans usage de préservatif.

En outre, les sujets étaient priés de déclarer s'ils sont d'accord ou en désaccord sur l'interdiction à un enfant séropositif d'être scolarisé, le refus de certains médecins d'offrir des soins à des malades du sida, l'isolement des malades du sida des autres patients hospitalisés, l'isolement des malades du sida de la population, le traitement

¹⁰⁶ Les questions sélectionnées ont été traduites en grec et réarrangées pour s'adapter à la réalité grecque et aux objectifs de cette recherche.

des usagers de drogues considérés comme des criminels et sur la croyance selon laquelle le sida constitue un châtement divin.

On a demandé aux participants de compléter un questionnaire de connaissances, d'attitudes et de croyances, puisque notre objectif était de confronter ses résultats avec ceux du deuxième questionnaire (scénario). Notre hypothèse est que la manière dont le sujet perçoit la maladie influence son attitude face aux malades. C'est-à-dire, les sujets qui ont une approche contagionniste et moraliste du sida (croyance selon laquelle le virus est transmis par le contact social ou par le rapport sexuel avec des personnes qui appartiennent à des groupes dévalorisés), adoptent des attitudes d'exclusion face aux personnes séropositives, considérant que leur responsabilité personnelle dans leur infection par le VIH, est de la plus haute importance.

La deuxième partie du questionnaire était constituée d'un scénario en quatre versions différentes. Selon la première version, le protagoniste (prénommé « Pavlos ») a été contaminé à travers un rapport sexuel avec une femme, selon la deuxième, par un rapport sexuel avec un homme, selon le troisième, à cause de l'usage de substances intraveineuses et selon la quatrième, par la transfusion de sang contaminé.

Après avoir étudié l'histoire du scénario, on demandait au sujet de répondre à la troisième partie du dispositif, qui était constituée de questions concernant le protagoniste séropositif du scénario. À travers ce questionnaire, le sujet était prié d'exprimer – sur la base d'une échelle proposée de sept (7) points – sa sympathie ou son antipathie à l'égard du séropositif du scénario, sa disponibilité ou sa réserve lorsqu'il s'agit d'offrir une aide personnelle et d'avoir un contact social avec le protagoniste du scénario, son opinion sur le droit des personnes atteintes à des prestations sociales, sa considération concernant les causes de la contamination de notre protagoniste par le sida et sa responsabilité personnelle ou non dans sa contamination, mais également de sa croyance quant au risque de contamination au VIH de lui-même, de ses amis et de ses compatriotes (les Grecs).

Concrètement, nous avons utilisé une échelle d'appréciation de la disponibilité d'offre d'une aide personnelle, comprenant des activités selon des graduations de familiarité (contact corporel) (Dooley, 1995). L'activité exigeant une familiarité

minime était « *aller diner chez Pavlos* » et l'activité de la plus grande familiarité était « *pratiquer le bouche-à-bouche à Pavlos au cas où il aurait besoin des premiers soins* ». En outre, on a utilisé des sujets pour l'examen de l'approbation et de la désapprobation sur la prestation d'aide institutionnelle et des professionnels de la santé (ex. « *Pavlos doit avoir droit à une pension et à une allocation complémentaire de maladie.* »). La distance / l'acceptabilité sociale (Leiker et al., 1995) a été mesurée par des questions qui concernent la dangerosité et la coopération (« *Est-ce Pavlos dangereux pour la société ?* » & « *Pourriez-vous travailler dans le même lieu de travail avec Pavlos ?* »), mais, également, par une échelle graduée d'activités concernant la familiarité et la confiance. La question concernant le contact social avec le degré le moins élevé de familiarité – confiance était : « *Pavlos a étudié les sciences de l'éducation. À votre avis, peut-il exercer la profession du professeur des écoles ?* » ; alors que le contact social impliquant la plus grande familiarité – confiance était : « *Confieriez-vous à Pavlos la garde de vos enfants, lorsque vous êtes absents de la maison ?* ». Les sentiments du participant à l'égard du protagoniste du scénario ont été mesurés par l'image formée sur celui-ci (« *Globalement, vous avez une image concernant Pavlos : Absolument négative / Absolument positive* »). Les causes de contamination par le virus VIH ont été appréciées à travers six (6) questions, sur « *les conditions de vie* », « *la chance* », « *le destin* », « *la punition* », « *l'ignorance* », « *le mode de vie* ». L'attribution de responsabilité a été évaluée par deux (2) questions portant sur « *la responsabilité personnelle* » et sur « *la responsabilité exclusive* ».

À la fin, les participants complétaient des données démographiques de base, comme le sexe, l'âge, l'année d'études et le niveau de religiosité.

7.1.1.3. Population

Nous nous sommes adressés à des étudiants des Départements pédagogiques de l'enseignement primaire des Universités d'Athènes, de Thessalonique, de Patras, d'Ioannina, de Thessalie et de Thrace (*Tableau 7.2* en annexe), en les sollicitant de participer volontairement à notre recherche. L'échantillon (N=240) est réparti sur la base du sexe de manière équivalente (50% d'hommes et 50% de femmes). L'âge

moyen des participants est de 20 ans. Les caractéristiques descriptives de l'échantillon sont présentées dans le *Tableau 7.3* (Voir en annexe).

Il convient, ici, d'aborder deux questions fondamentales concernant la taille et le choix de notre échantillon, à savoir : a) La taille de l'échantillon est-elle satisfaisante pour tirer des conclusions fiables ? b) Selon quels critères a-t-on procédé au choix de l'échantillon spécifique ?

En ce qui concerne la taille de l'échantillon, on pourrait dire qu'elle est satisfaisante, en tenant compte de la taille de la population à laquelle on s'est adressés. Le nombre de personnes admises varie dans les Départements pédagogiques de l'enseignement primaire. Cependant, le grand nombre de Départements pédagogiques de l'enseignement primaire (9 dans tout le pays) impose un nombre raisonnable de nouveaux étudiants par an. On s'est adressé à 6 des 9 Départements pédagogiques de l'enseignement primaire en Grèce, couvrant tout l'espace géographique du pays. En outre, sur ce point il convient de faire remarquer le surnombre d'étudiantes et la sous-représentation d'étudiants dans lesdits Départements. Notre objectif était d'avoir à notre disposition un échantillon effectif équilibré en ce qui concerne le sexe des participants. En dépit des difficultés (petit nombre de garçons inscrits, caractère facultatif du suivi des conférences etc.), nous avons obtenu un échantillon isomère, en ce qui concerne le sexe des participants, qui nous permet d'obtenir des résultats comparatifs. Notre échantillon est arithmétiquement semblable à ceux participant à des recherches analogues en matière de représentations sociales en rapport avec le sida¹⁰⁷.

Pourquoi notre échantillon est-il constitué d'étudiants venant des Départements pédagogiques de l'enseignement primaire ? Pour l'étude de la responsabilité en ce qui concerne le VIH, toute la problématique devrait s'inscrire dans un cadre spécifique. Nous pourrions avoir une approche du sujet du point de vue des soins destinés aux malades (prise en charge) ou étudier le processus d'attribution de la responsabilité dans le cadre du système judiciaire, par exemple, dans le cas des poursuites pénales d'un séropositif accusé d'avoir intentionnellement transmis le virus à une tierce personne¹⁰⁸. Notre propre intérêt de recherche se focalise dans le domaine de la

¹⁰⁷ Cf. Ioannidis (1996) et Apostolidis (1998).

¹⁰⁸ La responsabilité est une notion par excellence juridique qui préoccupe les juristes, mais, également, les chercheurs en sciences sociales dans le domaine du droit. Nous rappelons que Fauconnet (1928),

prévention et de l'éducation pour la santé. Nous considérons que la recherche de la notion de responsabilité en relation avec les politiques et les actions pour le contrôle de l'épidémie, nous munit en connaissances, non seulement en ce qui concerne les relations interpersonnelles ou intergroupes, mais, encore, en ce qui concerne les relations de l'État avec les citoyens.

Outre la transmission de connaissances, la mission des enseignants, en tant que fonctionnaires de l'État, dans le cadre de leurs fonctions pédagogiques et d'enseignement, comprend également le développement d'aptitudes et la configuration des attitudes et des valeurs. Personne ne peut contester le rôle important de l'enseignant dans l'enseignement primaire à la configuration d'attitudes pendant ce stade capital du développement de l'enfant (scolarité primaire), qui opère en tant que « l'Autre important ». Dans le cadre du programme scolaire, au moyen des objets cognitifs spécifiques, comme l'éducation pour la santé¹⁰⁹ et l'éducation à la citoyenneté, les enseignants abordent des sujets d'intérêt social qui concernent les relations sociales, les règles, les valeurs morales et les normes. Le raisonnement moral est une des caractéristiques du travail pédagogique. À travers des processus éducatifs formels et informels, l'enseignant accomplit la tâche d'influencer directement ou indirectement la configuration du système de valeurs de l'élève conformément à la norme prédominante. D'ailleurs, comme le soutiennent les chercheurs dans le domaine de la sociologie de l'éducation (Mylonas, 1998), l'école est un mécanisme de reproduction de l'ordre social, c'est-à-dire des règles prédominantes et des valeurs qui déterminent les relations sociales dans un cadre culturel spécifique. L'intérêt même pour l'imprégnation des représentations du groupe cible spécifique sur des sujets relatifs à la sexualité, devient capital, si nous tenons compte du nombre de tentatives d'introduction de l'éducation sexuelle dans les écoles, qui ont toutes abouti à un « échec », à cause des réactions des structures conservatrices de la société grecque (comme l'Église Orthodoxe de Grèce) et du coût politique résultant pour le pouvoir, à

ainsi que d'autres chercheurs contemporains, comme Weiner (1995), étudient l'attribution de la responsabilité en relation et en interaction avec à l'administration de la justice.

¹⁰⁹ Il n'existe manifestement pas autant de professions, auxquelles la société pose des exigences tellement contradictoires. L'instituteur doit être équitable et simultanément humain et clément, (...) il doit protéger des dépendances et éclairer sur le sida... (Prof. Müller-Limmroth, Zürcher Weltwoche).

chaque tentative du Ministère de l'Éducation Nationale et Affaires Religieuses¹¹⁰ d'institutionnaliser l'éducation sexuelle¹¹¹.

Pour ces raisons, nous croyons que la présentation des représentations sociales de ce groupe à un intérêt particulier au sujet des questions tellement délicates qu', en y touchant, on pense s'aventurer sur une corde raide, en raison des charges significatives différentes¹¹².

7.1.1.4. Operationalisation expérimentale

Comme nous l'avons déjà indiqué, la manipulation expérimentale s'appuie sur des scénarios spécialement élaborés en quatre versions, distribuées aux participants pour les besoins de notre recherche.

Les participants lisent le scénario, selon lequel un homme (« Pavlos ») séropositif au VIH, répond à une interview dans le cadre d'une (supposée) recherche sociologique de l'Université des Sciences Sociales. Par cette interview (imaginaire, mais présentée comme étant réelle), les sujets sont informés du **mode** de son contamination par le VIH.

Selon les deux premières versions de notre manipulation expérimentale, « Pavlos » est présenté comme avoir été contaminé lors les rapports sexuels, selon la troisième, par injection de substances intraveineuses, et, enfin, selon la quatrième, par transfusion de sang contaminé. Dans la version du rapport sexuel, « Pavlos » est contaminé par le virus par la relation hétérosexuelle (comportement sexuel

¹¹⁰ En Grèce, les affaires concernant l'éducation et la religion appartiennent à la compétence du même Ministère. Il est à souligner que jusqu'à récemment (2009), les services centraux du Ministère de l'Éducation Nationale et des Affaires Religieuses (YPEPTH) siégeaient dans un bâtiment loué par l'Église Orthodoxe.

¹¹¹ Un exemple caractéristique de la pression exercée par les groupes conservateurs sur l'État est celui de la lettre adressée au Ministre de l'Éducation par la Confédération Syndicale des Familles Nombreuses (28/5/2009), juste avant les élections européennes, où l'on stipulait qu' une telle décision aurait un coût politique pour le gouvernement aux élections à venir (« Il est important qu'une déclaration claire soit faite de votre part pour clore ce sujet maintenant, avant les élections européennes ») ; un autre exemple concerne le moment choisi par la presse pour la diffusion d' un communiqué sur la distribution des manuels scolaires d'éducation sexuelle aux élèves du primaire et du secondaire, lors de l'année scolaire prochaine (2009-2010) (cf. Eleftheros Typos, Numéro 584, samedi 9 mai 2009, « L'éducation sexuelle à l'école primaire. Les manuels scolaires du Ministère de l'Éducation sont prêts »). Finalement, l'éducation sexuelle n'a pas été insérée dans le programme scolaire jusqu'à aujourd'hui.

¹¹² Rappelons qu'au Royaume-Uni, les premières années de l'apparition du sida, sous la gouvernance de Margaret Thatcher, ont été marquées par le vote d'une loi interdisant la promotion de l'homosexualité dans l'espace scolaire (cf. Local Government Act – section 28, 1988).

socialement acceptable) soit par une relation homosexuelle (comportement sexuel socialement déviant).

Le scénario sur la contamination par le VIH par le rapport sexuel homosexuel est le suivant :

<p>Pavlos, 25 ans, diplômé du Département pédagogique de l'enseignement primaire. Nous l'avons rencontré et il a accepté de répondre à certaines de nos questions.</p> <p>(...)</p> <p>Chercheur : « Comment avez-vous appris que vous étiez porteur du sida ? »</p> <p>Pavlos : « Par mon médecin. Il m'a demandé de faire quelques examens, dont le test de dépistage du sida... je dois dire qu'il m'a annoncé le résultat avec beaucoup de tact... mais c'est très dur d'apprendre que l'on est porteur... »</p> <p>Chercheur : « Comment croyez-vous avoir été contaminé ? »</p> <p>Pavlos : « ...C'était la première chose à laquelle j'ai pensé... ça m'est arrivé l'année passée... j'avais une relation avec un homme... on avait des rapports sexuels... »</p> <p>Chercheur : « Vous êtes sûr du mode de votre contamination ? »</p> <p>Pavlos : « Oui... Aujourd'hui j'en suis sûr... je me suis renseigné d'abord... toutes mes relations précédentes avaient fait le test et il était négatif... les médecins en sont certains... j'ai appris un peu plus tard... qu'il était séropositif... c'est comme ça que j'ai été contaminé... »</p> <p>Chercheur : « Et votre vie, aujourd'hui ? »</p> <p>Pavlos : « ...Tout a changé du coup... ma vie est sens dessus dessous... maintenant j'essaie d'en ramasser les morceaux brisés de mon existence et de commencer une nouvelle vie... tout en me posant la même question tout le temps : "pourquoi moi ?"... »</p>
--

Tableau 7.4 : Présentation du scénario de la première manipulation expérimentale

Le scénario est le même dans toutes les versions. Le seul élément qui se différencie d'un cas à un autre, c'était le mode de contamination au VIH (point noir dans le scénario que nous avons mentionné ci-dessus). La phrase « *j'avais une relation sexuelle avec un homme* » de la version du protagoniste homosexuel, est remplacée par « *j'avais une relation sexuelle avec une femme* » pour l'hétérosexuel, « *j'ai pris de l'héroïne entre amis, en utilisant la même seringue* » pour l'utilisateur de drogues et, enfin, « *j'ai eu une grande hémorragie suite à un accident... il a été*

nécessaire qu'on me fasse une transfusion » (Voir les autres versions du scénario en annexe).

Conformément à l'hypothèse formulée ci-dessus, nous attendons la notification de la différenciation dans les réponses des sujets sur la base du facteur « mode de contamination » (mode normal *versus* mode déviant). Dans le cas de la contamination de « Pavlos » au VIH par une pratique sexuelle socialement considérée comme dévalorisée et, donc, socialement condamnée, le degré de sa responsabilité pour la situation dans laquelle il se trouve, est considéré plus grand que dans le cas de sa contamination par une pratique socialement acceptable. En matière de rapport sexuel, une responsabilité plus grande est attribuée au protagoniste contaminé à travers un comportement sexuel déviant (homosexualité). L'hypothèse ci-dessus a été fondée sur les résultats de notre recherche avec des acteurs de santé publique, ayant jugé les homosexuels séropositifs et les usagers de drogues plus sévèrement en comparaison avec les hétérosexuels ou les multitransfusés séropositifs.

Dans la première phase, le questionnaire a été utilisé comme un projet pilote, afin que son degré de fonctionnalité soit contrôlé. Le 16 janvier 2009, on a élaboré un groupe cible constitué de professionnels de la santé, d'étudiants des programmes de troisième cycle de santé publique et d'administration des services sanitaires de l'ESDY. Le remplissage du questionnaire était suivi par une discussion, dans le cadre d'un focus group, sur les points de difficultés de mise au point, qui ont été enregistrés par le chercheur. Après certaines corrections, le questionnaire a été imprimé sous sa forme définitive.

Les questionnaires ont été distribués par le chercheur à des points de rencontre des étudiants dans l'espace universitaire. Certains étudiants ont complété le questionnaire dans les salles de cours peu avant le début des conférences, tandis que d'autres, en dehors de la salle, peu avant d'y entrer. Les directives figuraient sur la première page du questionnaire, mais des directives détaillées sur le mode de mise au point du questionnaire étaient également données par le chercheur. Après la lecture minutieuse du questionnaire, les étudiants devaient le compléter et le retourner au chercheur.

7.1.2. DEUXIEME MANIPULATION EXPERIMENTALE

7.1.2.1. Hypothèse spécifique

La seconde manipulation expérimentale est élaborée sur la base de l'hypothèse selon laquelle la responsabilisation est influencée par l'*origine ethnique* de la personne atteinte de VIH, ainsi que par son *sexe*. On suppose, donc, que l'attribution de la responsabilité dépend de **qui** est le séropositif. Concrètement, on suppose qu'un étranger séropositif est jugé davantage responsable de la situation dans laquelle il se trouve qu'un Grec. C'est-à-dire, les sujets attribuent la plus grande responsabilité aux personnes séropositives qui appartiennent à l'exogroupe qu'à celles appartenant à l'endogroupe. En outre, en ce qui concerne le sexe de la personne séropositive, sur la base des conclusions de nos deux recherches précédentes, on suppose que la plus grande responsabilité est attribuée à une femme séropositive étrangère qu'à un homme étranger. Par contre, la responsabilité attribuée à un homme séropositif grec est plus grande que celle attribuée à une séropositive grecque.

7.1.2.2. Dispositif expérimental

Les chercheurs ont élaboré un paquet de recherche, constitué : a) d'un questionnaire se référant aux connaissances, aux attitudes et aux croyances en ce qui concerne le VIH et les personnes séropositives, b) d'un scénario en quatre versions et c) d'un questionnaire basé sur le scénario.

Le questionnaire concernant les connaissances, les attitudes et les croyances comprenait 20 questions et il était basé sur des questionnaires préexistants, utilisés dans des enquêtes KABP, tant en Grèce qu'à l'étranger. Les sujets participant à la recherche, à l'aide d'une échelle de 7 points, déclaraient le degré de leur approbation ou de leur désapprobation quant aux modes de transmission du VIH, d'une part et, d'autre part, leurs attitudes face aux personnes vivant avec le VIH/sida,.

Concrètement, les sujets étaient priés de répondre si une personne peut être contaminée ou non par le VIH : a) par des pratiques spécifiques, telles que prendre dans les bras une personne atteinte du sida, l'échange d'une poignée de main avec une personne atteinte du sida, le partage des mêmes toilettes avec une personne atteinte du sida, le port des vêtements d'une personne atteinte du sida, l'usage commun des

couteaux et des couverts avec une personne atteinte du sida, l'hospitalisation dans la même chambre avec une personne atteinte du sida, b) par transfusion ou par don de sang ou pendant l'accouchement (transmission du sida à l'enfant nourrisson), c) par le rapports sexuel avec des personnes appartenant à des groupes spécifiques, comme les homosexuels, les usagers de drogues, les personnes qui se livrent à la prostitution, les immigré(e)s, ou par le rapport sexuel sans usage de préservatif.

En outre, les sujets étaient priés à déclarer s'ils sont d'accord ou en désaccord avec l'interdiction à un enfant séropositif d'être scolarisé, le refus de certains médecins d'offrir des soins à des malades du sida, l'isolement des malades du sida des autres malades hospitalisés, l'isolement des malades du sida de la population, le traitement des usagers de drogues considérés comme des criminels, ainsi qu'avec la croyance selon laquelle le sida est un châtement divin.

Nous avons demandé aux participants de compléter un questionnaire de connaissances, d'attitudes et de croyances, dans l'objectif de confronter ces résultats avec ceux du deuxième questionnaire (scénario) et d'examiner notre hypothèse selon laquelle la manière dont le sujet perçoit la maladie, influence ses attitudes face aux malades. C'est-à-dire, les sujets qui ont une approche contagionniste et moraliste du sida (croyance selon laquelle le virus est transmis par le contact social ou par le rapport sexuel avec des personnes appartenant à des groupes méprisés), sont susceptibles d'adopter des attitudes d'exclusion à l'égard des personnes séropositives, considérant que leur responsabilité personnelle est de la plus haute importance pour leur contamination au VIH.

La deuxième partie du paquet de recherche était constituée d'un scénario à quatre versions. Les sujets étaient priés de lire le scénario qui présentait une personne séropositive interviewée dans le cadre d'une recherche universitaire. Les scénarios étaient les mêmes, en ce qui concerne le mode de transmission du virus (rapport sexuel hétérosexuel), seules les caractéristiques du protagoniste (origine ethnique et sexe) étaient modifiées. En ce qui concerne l'origine ethnique de notre personnage, deux des quatre scénarios se référaient à un étranger, tandis que les deux autres, à un autochtone. En matière du sexe du personnage, la moitié des participants ont lu le scénario mettant en exergue un homme et l'autre moitié, celui mettant en exergue une femme. Ainsi, notre personnage avait quatre profils différents, à savoir: a) un homme

autochtone, b) une femme autochtone, c) un homme étranger, d) une femme étrangère.

	Acteur endo/exogroupe		
		Autochtone	Etranger
Sexe du protagoniste du scénario	Homme	X	X
	Femme	X	X

Tableau 7.5 : Le sexe et le groupe d'appartenance du protagoniste du scénario de la deuxième manipulation expérimentale

Après avoir lu attentivement le résumé du scénario, les sujets étaient invités à déclarer leurs attitudes et leurs croyances face à un / une protagoniste du scénario, à l'aide d'une échelle de 7 points, qui s'étendaient de « *je désapprouve absolument* » (1) jusqu'à « *j'approuve absolument* » (7). Concrètement, une échelle d'appréciation de la disponibilité ou de la réserve lorsqu'il s'agit d'offrir une aide personnelle a été utilisée, comprenant des activités mêlant des graduations de familiarité (Dooley, 1995) (l'activité qui exigeait une familiarité minime était « *aller diner chez l'homme ou la femme X* » et celle impliquant la plus grande familiarité était « *faire du bouche-à-bouche à un homme / une femme X au cas où il / elle aurait besoin de premiers soins.* »). En outre, nous avons eu recours à des sujets pour l'examen de l'approbation ou de la désapprobation sur la prestation d'aide institutionnelle de l'État et des professionnels de la santé (ex. « *L'homme / La femme X doit avoir droit à une pension et à une allocation complémentaire de maladie.* »). La distance et l'acceptation sociale (Leiker et al., 1995) ont été évaluées au moyen des questions concernant la dangerosité et la coopération (« *Est-ce cet homme / cette femme dangereux / dangereuse pour la société ?* » & « *Pourriez-vous travailler dans le même espace avec X ?* »), aussi bien que par des activités concernant la familiarité et la confiance (« *Confieriez-vous à l'homme / la femme X la garde de vos enfants, lorsque vous êtes absents de la maison ?* »). La différence de la seconde manipulation expérimentale par rapport à la première réside à l'absence de la question sur l'admissibilité ou non du personnage du scénario concernant l'exercice de la profession de professeur des écoles. La raison de cet omission est que, dans le cadre de la version des protagonistes

étrangers, une telle question rendrait le scénario irréaliste, étant donné que, conformément à la législation nationale, seules les personnes de nationalité grecque peuvent travailler dans l'enseignement. Les sentiments des participants à l'égard du personnage ont été évalués à travers l'image élaborée sur celui-ci (« *Globalement, concernant l'homme / la femme X, vous avez une image : Absolument négative / Absolument positive* »). Les causes de contamination par le virus VIH ont été appréciées à travers six questions sur les « *conditions de vie* », la « *chance* », le « *destin* », la « *punition* », l'« *ignorance* », le « *mode de vie* ». L'attribution de responsabilité a été mesurée par deux (2) questions concernant la « *responsabilité personnelle* » et la « *responsabilité exclusive* ».

À la fin du questionnaire, les participants complétaient un formulaire concernant des informations démographiques, comme le sexe, l'âge, l'année d'études et le niveau de religiosité.

7.1.2.3. Population

L'échantillon de la seconde manipulation expérimentale était constitué, comme, d'ailleurs, celui de la première, d'étudiant(e)s des Départements pédagogiques de l'enseignement primaire des Universités d'Athènes, de Thessalonique, de Patras, de Ioannina, de Thessalie et de Thrace (*Tableau 7.2* en annexe), qui ont participé volontairement à notre recherche. L'échantillon (N=240) est réparti de manière équivalente sur la base du sexe (50% d'hommes et 50% de femmes), tandis que l'âge moyen des participants est de 20 ans (*Tableau 7.3* en annexe).

Comme nous l'avons déjà mentionné dans la manipulation expérimentale précédente, le choix de l'échantillon de notre recherche s'appuie sur le rôle prépondérant des enseignants dans l'élaboration des attitudes et des comportements face à des phénomènes sociaux et à des groupes. Outre leurs représentations sur le mode de vie et la morale (1^{ère} manipulation expérimentale), cette manipulation expérimentale nous offre l'occasion d'examiner leurs représentations sur des thèmes relatifs au sexe et à l'origine ethnique. Ce paramètre se révèle particulièrement important, si l'on considère l'intérêt académique qui se manifeste, dans le domaine des sciences de l'éducation, à travers un nombre, relativement élevé, de publications

scientifiques consacrées aux thématiques de « l'éducation interculturelle » et de « l'éducation par rapport au genre ». Ces dernières années, en raison de la vague migratoire vers la Grèce aux débuts de la décennie 1990, dans les écoles du pays, on a enregistré un nombre élevé d'élèves étrangers de la deuxième génération. Ce fait a pour conséquence l'orientation de la recherche sociale vers les inégalités sociales dans l'éducation (intégration, rendement scolaire, évaluation), mais, aussi, vers les relations pédagogiques (relations entre les élèves étrangers et les élèves grecs, les élèves étrangers et les éducateurs grecs, les éducateurs grecs et les parents d'élèves étrangers).

7.1.2.4. Opérationnalisation expérimentale

Dans la seconde manipulation expérimentale, le séropositif est soit Grec soit étranger. Dans cette manipulation, nous avons procédé à une expérience similaire à celle citée ci-dessus, à la seule différence de l'origine ethnique et du sexe du protagoniste. L'origine ethnique était indiquée par le prénom du protagoniste. Dans la version du séropositif grec, nous avons utilisé un prénom typiquement grec écrit en caractères grecs (« Thomas », pour l'homme et « Maria », pour la femme) et dans la version du séropositif étranger, nous avons utilisé un prénom typiquement slave, écrit en caractères latins (« Vlad », pour l'homme et « Svetlana », pour la femme). Lors de la seconde recherche, après l'analyse des communiqués de presse grecque, une attitude stigmatisante envers les personnes des pays de l'Europe de l'Est a été enregistrée ; notre choix de l'emploi de noms slaves a été guidé par cette constatation. Le scénario est le même que celui de la première manipulation expérimentale. La seule différence est que dans le scénario de la deuxième manipulation expérimentale, il n'est pas mentionné que le protagoniste est professeur des écoles car, comme on vient de le dire, la citoyenneté grecque est obligatoire pour l'exercice de cette profession.

Le scénario concernant le séropositif grec débutait comme suit :

Thomas a 25 ans. Nous l'avons rencontré et il a accepté de répondre à certaines de nos questions.

Marie a 25 ans. Nous l'avons rencontrée et elle a accepté de répondre à certaines de nos questions.

Dans la version du séropositif étranger, le scénario commençait comme suit :

Vlad a 25 ans. Nous l'avons rencontré et il a accepté de répondre à certaines de nos questions.

Svetlana a 25 ans. Nous l'avons rencontrée et elle a accepté de répondre à certaines de nos questions.

Le mode de contamination du / de la protagoniste était commun dans tous les scénarios : le rapport sexuel hétérosexuel (« *j'avais des rapports sexuels avec une femme... nous avons une relation sexuelle...* », dans la version de l'homme [Thomas et Vlad] et « *j'avais des rapports sexuels avec un homme... nous avons une relation sexuelle...* », dans la version féminine [Maria et Svetlana]) (Voir les versions du scénario en annexe).

Notre hypothèse est qu'on notera une différenciation dans les réponses des sujets sur la base des facteurs « origine ethnique » (autochtone *versus* étranger) et « sexe » (homme *versus* femme). Lorsque le séropositif est étranger, on s'attend qu'il soit considéré davantage responsable de sa contamination au VIH. En ce qui concerne le sexe du séropositif, on suppose qu'une plus grande responsabilité sera attribuée à l'homme d'origine grecque et à la femme étrangère qu'à l'homme étranger et à la femme d'origine grecque respectivement. Notre hypothèse se base sur les résultats de nos deux recherches précédentes (entretiens avec des acteurs de santé publique et analyse de presse), selon lesquels les hommes immigrés sont perçus comme des sujets a-sexuels, considérés exclusivement comme effectif ouvrier. D'autre part, l'implication de certaines femmes étrangères dans le travail sexuel (qu'elles y soient impliquées de leur propre gré ou qu'elles soient victimes de trafficking) conduit à la représentation de la femme étrangère hyper-sexuelle. Au contraire, les femmes grecques contaminées sont présentées par la presse comme des victimes innocentes, le virus leur étant transmis par leur mari. L'homme grec se présente comme coupable dans le cas de la contamination de sa femme (relation du couple) et comme innocent, dans le cas de sa propre contamination par une prostituée (et) étrangère.

Dans la première phase, le questionnaire a été utilisé en tant que pilote, dans l'objectif du contrôle de son degré de fonctionnalité. Le 16 janvier 2009, nous avons animé un focus group, constitué de professionnels de la santé, d'étudiants de troisième cycle en santé publique et en administration des services sanitaires de l'ESDY. Après

avoir complété le questionnaire, les sujets étaient invités à participer à un groupe de discussion concernant les points difficiles du questionnaire, qui ont été enregistrés par le chercheur. Après certaines corrections, le questionnaire a été imprimé sous sa forme définitive et a été distribué aux sujets ayant participé à la recherche.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'échantillon de la présente recherche était constitué d'étudiants et d'étudiantes des Départements pédagogiques de l'enseignement primaire des Universités. Les questionnaires ont été distribués par le chercheur dans des points de rencontre des étudiants dans l'espace universitaire. Certains étudiants ont complété le questionnaire dans la salle de cours peu avant le début des conférences, tandis que, d'autres, en dehors de la salle au moment où ils s'apprêtaient à y entrer. Les directives figuraient sur la première page du questionnaire, mais, aussi, des directives orales détaillées sur le mode de mise au point du questionnaire étaient données sur place par le chercheur. Après la lecture minutieuse du questionnaire, les étudiants devaient le compléter et le retourner au chercheur.

7.2. Résultats

7.2.1. Les représentations sociales du sida

Dans la première partie du questionnaire, on a procédé à une analyse commune des données des deux expériences, alors que l'analyse factorielle a également révélé des résultats analogues dans les deux échantillons (*Voir en annexe*).

L'analyse en composantes principales, après rotation orthogonale afin d'améliorer l'interprétabilité des facteurs, a révélé quatre facteurs (composantes), avec un indice supérieur à 1,4. Le critère de Kaiser-Meyer-Olkin permet l'analyse avec la méthode des composantes principales, puisqu'il a une valeur de 0,74, révélant la suffisance des corrélations des variables initiales.

Ces facteurs expliquent 44,4 % de l'interprétation de la variance totale. Cela montre que le champ représentationnel est organisé par des principes sociocognitifs (principes organisateurs, *cf.* Doise, 1985). Ces facteurs, conformément aux questions, qui semblent avoir un poids particulier ($>0,4$) dans chaque facteur, ont été dénommés de la manière suivante :

- Facteur 1 : **attitude moraliste-isolationniste**
- Facteur 2 : **relation sexuelle avec des groupes stigmatisés**
- Facteur 3 : **maladie contagieuse**
- Facteur 4 : **maladie transmissible**

Plus concrètement, le 1^{er} facteur est caractérisé par scores positifs, par les questions qui se réfèrent à l'isolement des malades et, plus spécialement, « la compréhension du refus des médecins d'offrir des soins à des malades du sida », « le traitement des usagers de drogues considérés comme des criminels », « l'isolement des malades atteints du sida par la population », « le sida constitue un châtement d'origine divine » et « l'interdiction aux enfants atteints du sida d'être scolarisés ». « Le non isolement des malades atteints du sida à l'hôpital » semble être lié négativement au 1^{er} facteur. Ce facteur explique les 12,2% de la variance totale.

Dans le 2^{ème} facteur (11,4% de la variance totale), les questions qui concernent les relations sexuelles semblent avoir des scores élevés. Plus concrètement, on considère qu'une personne peut être contaminée par le sida, si elle a des relations sexuelles avec des « personnes qui se livrent à la prostitution », des « usagers de drogues », des « homosexuels » et des « immigrés ».

Le 3^{ème} facteur (11,2% de la variance totale) est caractérisé par des scores positifs élevés des questions configurant une maladie de type contagionniste. Les questions concernant « l'acquisition de l'infection par les caresses », « l'acquisition de l'infection par une poignée de main » et « l'acquisition de l'infection pendant une hospitalisation dans la même chambre qu'un patient atteint du sida » semblent être celles qui caractérisent ce facteur. Par contre, la « transfusion », comme mode de transmission du virus, ainsi que « la transmission verticale » (de la mère à l'enfant) semblent être liées négativement au facteur en question.

Le 4^{ème} facteur, qui explique 9,5% de la variance totale, est caractérisé par des scores positifs élevés concernant les questions : « le virus n'est pas transmis par le partage de toilettes avec des porteurs du sida », « le virus n'est pas transmis par le port des mêmes vêtements » et « le virus n'est pas transmis par l'usage du préservatif ». Les variantes « transmission du virus par l'usage des couteaux et couverts » et « transmission du virus par de sang » semblent négativement corrélées.

Dans le *Tableau 7.6*, on présente les facteurs et les scores qu'ont les questions particulières à chaque facteur.

Questions	Facteurs				Frequencies Hommes, N (%) / Femmes, N (%)
	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	
<i>compréhension du refus des médecins</i>	0.68	0.08	0.01	-0.15	1.5±1.0 / 1.5±1.0
<i>traitement des toxicomanes comme des criminels</i>	0.68	0.03	-0.03	-0.00	1.8±1.3 / 1.6±1.0
<i>isolement des malades par la population</i>	0.65	0.10	0.04	-0.31	1.5±1.0 / 1.5±1.2
<i>punition d'origine divine</i>	0.62	0.04	0.07	0.14	1.4±1.2 / 1.4±1.1
<i>interdiction d'école</i>	0.54	0.05	0.39	-0.11	1.4±1.0 / 1.6±1.3
<i>pas d'isolement des malades à l'hôpital</i>	-0.50	-0.03	0.07	0.23	4.0±2.0 / 4.5±1.8
<i>relations sexuelles avec des prostituées</i>	0.09	0.76	-0.04	0.13	5.7±1.5 / 5.7±1.4
<i>relations sexuelles avec des toxicomanes</i>	-0.09	0.71	-0.09	0.00	5.2±1.9 / 5.5±1.8
<i>relations sexuelles avec des homosexuels</i>	0.12	0.70	-0.03	0.04	4.7±2.1 / 4.6±2.1
<i>relations sexuelles avec des immigrés</i>	0.32	0.52	0.36	-0.17	2.7±1.7 / 2.5±1.7
<i>par la caresse</i>	0.18	0.07	0.75	-0.05	1.3±0.76 / 1.2±0.51
<i>par la poignée de main</i>	0.25	0.12	0.70	-0.14	1.4±1.1 / 1.3±0.76
<i>par l'hospitalisation</i>	0.28	0.33	0.36	-0.35	2.3±1.5 / 2.0±1.4
<i>par la transfusion</i>	0.03	0.17	-0.63	-0.09	6.5±0.95 / 6.7±0.74
<i>transmission au nourrisson</i>	0.19	0.13	-0.39	0.01	5.9±1.5 / 6.3±1.0
<i>pas par les toilettes</i>	-0.14	0.13	0.10	0.64	3.9±2.0 / 4.6±2.0
<i>pas par le port des mêmes vêtements</i>	0.02	0.05	-0.07	0.59	4.8±2.5 / 5.0±2.4
<i>par les couteaux et couverts</i>	0.06	0.30	0.40	-0.47	2.8±1.9 / 2.7±2.0
<i>pas par le préservatif</i>	0.10	0.01	-0.20	0.43	4.8±2.0 / 5.1±1.9
<i>en donnant du sang</i>	0.06	0.38	-0.03	-0.39	3.3±2.3 / 3.6±2.3

Tableau 7.6 : Analyse factorielle dans les deux études

Par la suite, l'analyse de variance à été appliquée à un facteur, afin d'étudier une éventuelle existence de données en ce qui concerne les caractéristiques sociales de l'échantillon, qui influencent les scores des facteurs. Les résultats sont présentés dans le *Tableau 7.7* (Voir en annexe).

D'un point de vue plus analytique, les caractéristiques sociales (sexe, âge, année d'études, niveau de religiosité), ont chaque fois été examinées isolément avec chaque facteur. Pour les objectifs de l'analyse, l'âge, l'année d'études et le niveau de religiosité ont été groupés dans les catégories suivantes :

- pour l'âge : \leq de 20 ans, 21-25 ans et $>$ de 25 ans,
- pour l'année d'études : 1^{ère} année si les années d'études étaient 1, 2^{ème} année si les années d'études étaient 2, 3^{ème} année si les années d'études étaient 3, 4^{ème} année si les années d'études étaient 4 et 5^{ème} années si les années d'études étaient \geq 5,
- pour le niveau de religiosité : non-religieux, si le score sur l'échelle était \leq 4, et religieux, si le score sur l'échelle était \geq 5.

Dès lors, il devient évident que *l'âge* est la caractéristique qui semble corrélée à un facteur. Concrètement, l'âge semble être corrélée au 2^{ème} facteur ($p=0,02$). On observe, ainsi, qu'au fur à mesure que l'âge augmente, les participants désapprouvent l'opinion qui s'exprime au 2^{ème} facteur (scores négatifs), c'est-à-dire que le VIH est transmis par les rapports sexuels avec des groupes spécifiques de population (homosexuels, usagers de drogues, immigrés, personnes se livrant à la prostitution).

7.2.2. Scénarios

Par la suite, on a réalisée une analyse de la variance (ANOVA), afin d'examiner si l'attitude et les opinions des participants à l'égard de la personne atteinte du VIH/sida, sont influencées par un scénario hypothétique, sur lequel ils sont invités à prendre position.

7.2.2.1. Première manipulation expérimentale

Dans le *Tableau 7.8a*, on observe que la manipulation expérimentale a influencé les réponses des participants sur 12 des 27 questions ($p<0,05$). Plus concrètement, les personnes soumises à la condition expérimentale de l' « Usager de drogues » semblent approuver davantage les opinions selon lesquelles les « conditions de vie » sont responsables de la contamination par le virus, il y avait une « ignorance

sur les modes de transmission » du virus, la contamination par le VIH constitue une « responsabilité personnelle », le séropositif est « l'unique responsable ».

D'autre part, les personnes soumises à la condition expérimentale du « Transfusé » semblent approuver davantage l'opinion selon laquelle la contamination par le virus est « un fait aléatoire », elle est due au « mode de vie », le séropositif « peut exercer sa profession »; elles font confiance au séropositif en tant qu'« éducateur », mais, également, « pour la garde des enfants » et considèrent que le risque de contamination par le VIH est le même tant pour « eux-mêmes » et leurs « amis » que pour « tous les Grecs » ($p=0,79$: *tendance*).

Les participants soumis à la condition expérimentale intitulée « Hétérosexuel » considèrent qu'ils ont une image globale plus « positive » pour le séropositif qui leur a été décrite par rapport à ceux des autres conditions.

On a procédé à l'attribution d'une forme schématique au processus attributionnel qui, à notre avis, interprète les résultats ci-dessus (*Voir Schéma 7.2 et 7.3*). On observe qu', au niveau des représentations, l'usager de drogues vit dans une situation de précarité qui l'empêche d'avoir accès à l'information, ignorant, donc, les modes de transmission du virus. Cependant, l'usage de substances en tant que cause de la contamination au VIH, est un choix personnel et, à travers ce prisme, l'usager est considéré comme personnellement responsable. Même dans le cas où l'usager a accès à l'information, les conditions socio-économiques et socioculturelles résultant de sa précarité, conduisent à la prise de risque (le manque de possibilités économiques pour l'achat des seringues, le nonaccès aux services sanitaires, le partage de seringues en tant que rituel d'intégration au groupe etc.) et, par conséquent, à la contamination au VIH.

D'autre part, la contamination des transfusés est considérée comme un événement aléatoire. Conformément au scénario, l'individu a été contaminé suite à un accident (pouvant être considéré comme un événement aléatoire), nécessitant une transfusion de sang qui, selon notre version, était contaminé (événement aléatoire). La contamination des transfusés étant due au facteur « aléa » (facteur non contrôlable), les sujets considèrent qu'eux-mêmes, leurs amis, mais, encore, tous les Grecs présentent les mêmes probabilités de contamination au VIH qu'un transfusé, plutôt qu'un homosexuel ou un usager de drogues (comportements socialement dévalorisés).

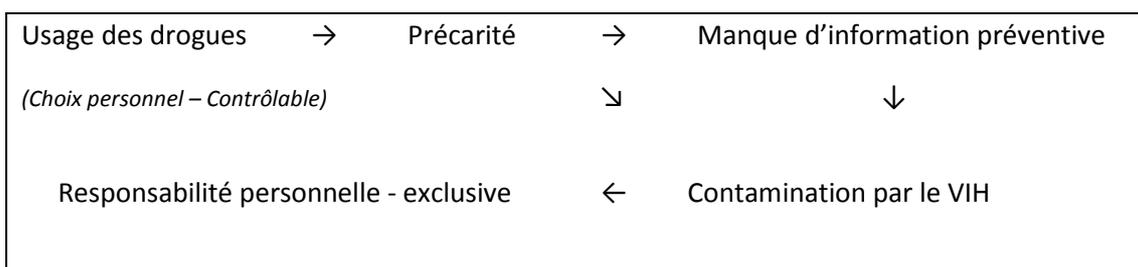


Schéma 7.2 : Responsabilisation des usagers de drogues

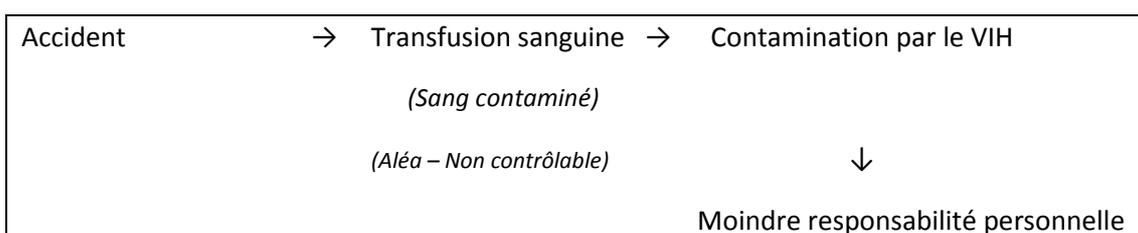


Schéma 7.3 : Responsabilisation des transfusés

Cette attribution de responsabilité minime concernant la contamination au VIH, basée sur le facteur de l'*aléa*, crée un sentiment de confiance à l'égard du séropositif, qui est exprimé par son acceptation en tant que professeur des écoles et surveillant d'enfants. Au contraire, tant l'usager de drogues par voie intraveineuse que l'homosexuel, tous les deux contaminés par des actes « nuisibles » comme résultat de leur propre impossibilité de contrôler leurs propres « passions »¹¹³, sont jugés comme n'étant pas dignes de confiance. Le manque de confiance les rend incapables d'exercer une mission aussi importante que l'éducation des enfants, qui exige le contrôle de soi, la stabilité et la responsabilité. Le protagoniste hétérosexuel produit la plupart des impressions positives, alors que sa contamination est due à un comportement socialement acceptable.

¹¹³ La pratique ou le comportement socialement dévalorisés. Terme utilisé par les personnes interviewées dans le cadre de notre première recherche qualitative.

	1 ^{ère} Manipulation Expérimentale				P
	Hétérosexuel	Homosexuel	Usager IV	Transfusé	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	2.90 (1.77)	2.87 (1.70)	4.13 (2.11)	2.20 (1.49)	0.001
Fait aléatoire	3.80 (2.16)	2.53 (1.91)	2.53 (1.85)	4.47 (2.33)	<0.001
Punition	1.72 (1.36)	1.69 (1.37)	1.90 (1.30)	1.31 (0.71)	0.317
Pas de dangerosité	5.73 (1.70)	5.33 (1.84)	5.47 (1.53)	6.13 (1.59)	0.261
Échange de poignée de main	6.13 (1.46)	5.93 (1.84)	6.30 (1.26)	6.67 (0.48)	0.202
Nourriture	5.33 (1.71)	5.20 (1.85)	5.07 (1.80)	5.53 (1.48)	0.756
Prêt de vêtements	5.20 (1.77)	5.17 (1.90)	5.17 (1.88)	5.33 (1.35)	0.979
Cohabitation	4.33 (2.02)	3.93 (1.64)	3.80 (2.07)	4.17 (1.86)	0.713
Ignorance des modes de transmission	3.13 (1.78)	3.57 (2.06)	4.47 (2.15)	3.07 (1.68)	0.020
Responsabilité personnelle	4.40 (1.87)	4.33 (1.75)	4.83 (1.93)	2.23 (1.77)	<0.001
Fatalité	1.93 (1.60)	1.67 (1.35)	1.90 (1.45)	2.47 (1.87)	0.259
Mode de vie	3.33 (1.49)	2.83 (1.60)	2.87 (1.89)	3.97 (1.79)	0.036
L'unique responsable	2.31 (1.73)	2.70 (1.93)	3.40 (2.37)	1.37 (0.76)	<0.001
Hospitalisation à domicile	5.73 (1.41)	5.87 (1.38)	6.07 (1.28)	6.13 (1.17)	0.630
Retraite	5.48 (1.38)	5.17 (1.82)	5.47 (1.70)	5.93 (1.55)	0.337
Carnet d'assurance	4.17 (1.66)	4.30 (2.00)	3.93 (2.30)	3.47 (1.93)	0.381
Livret de santé	5.30 (1.84)	5.73 (1.51)	5.57 (1.94)	5.67 (1.71)	0.781
Carte d'identité	2.03 (1.33)	1.80 (1.27)	1.80 (1.86)	1.87 (1.48)	0.925
Le bouche-à-bouche	4.13 (2.08)	3.70 (1.90)	3.43 (1.94)	3.27 (1.64)	0.299
L'exercice de la profession	5.90 (1.30)	5.83 (1.37)	5.03 (1.47)	5.93 (1.26)	0.032
Confiance en tant que professeur des écoles	5.60 (1.40)	5.37 (1.54)	4.37 (2.14)	5.90 (1.16)	0.003
Confiance en tant que gardien	4.70 (1.76)	4.37 (1.73)	3.67 (1.99)	4.90 (1.47)	0.044
Même lieu de travail	6.00 (1.26)	6.13 (1.61)	5.87 (1.50)	6.47 (0.97)	0.364
Image globale	5.47 (1.20)	4.87 (1.38)	4.60 (1.16)	5.33 (1.09)	0.024
Même risque pour vous	4.87 (1.66)	4.23 (2.11)	3.97 (1.73)	5.53 (1.80)	0.006
Même risque pour vos amis	4.90 (1.65)	4.27 (2.13)	4.17 (1.64)	5.40 (1.79)	0.032
Même risque pour les Grecs	5.07 (1.62)	4.63 (1.67)	4.30 (1.80)	5.40 (1.81)	0.079

Tableau 7.8a. Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 1^{ère} manipulation expérimentale

Le sexe des participants dans la 1^{ère} manipulation expérimentale ne semble pas influencer substantiellement leurs réponses en ce qui concerne leurs attitudes et leurs

opinions sur le protagoniste séropositif, comme illustré sur le *Tableau 7.8b* (Voir en annexe). Cependant, on enregistre une tendance en matière d'influence du sexe des participants dans leurs réponses concernant les causes de contamination, mais, également, l'acceptabilité sociale. En particulier, il semble qu'il existe une tendance de la part des hommes, à attribuer le fait de la contamination au VIH à l'ignorance du protagoniste en matière de modes de transmission du virus ($p=0,080$), tandis que les femmes déclarent qu'elles pourraient travailler dans le même espace qu'une personne atteinte du virus ($p=0,063$).

Les différences sur les opinions des participants à la 1^{ère} manipulation expérimentale sont présentées dans le *Tableau 7.8c* (Idem en annexe), en prenant en considération tant la condition expérimentale que le sexe des participants. À partir de ce tableau, on observe que la combinaison des deux facteurs influe sur la réponse des participants en ce qui concerne le « bouche-à-bouche » en cas de besoin ($p=0.042$). Plus particulièrement, les femmes ayant participé à la condition expérimentale intitulée « Hétérosexuel », semblent être plus disposées à exécuter le bouche-à-bouche en cas de besoin.

Les différences dans les réponses des participants de la 1^{ère} manipulation expérimentale conformément à leur niveau de religiosité sont présentées dans le *Tableau 7.9a* (Idem en annexe). À partir de ce tableau on observe que le niveau de religiosité a influencé les réponses des participants quant à « l'ignorance du séropositif sur les modes de transmission », au caractère fatal ou non fatal de la contamination du séropositif spécifique, l'attribution de responsabilité au séropositif selon le « mode de vie » et le caractère, punitif ou non punitif, de sa contamination par le VIH ($p<0,05$). Plus particulièrement, les non-religieux approuvent davantage l'opinion selon laquelle « le séropositif ignorait les modes de transmission » ($p=0,041$), tandis que les religieux approuvent davantage les opinions selon lesquelles sa contamination « était fatale » ($p=0,049$), « le mode de vie du séropositif » est responsable de cette situation ($p=0,034$), le sida est un « châtement » ($p=0,021$).

Ensuite, nous avons examiné l'influence, sur les réponses des participants, de la combinaison du niveau de religiosité et de la condition expérimentale à laquelle ils ont participé. Les résultats sont présentée dans le *Tableau 7.9b* (Idem en annexe), où on observe que les personnes non-religieuses ayant participé à la condition expérimentale intitulée « Homosexuel », approuvent davantage les opinions selon

laquelle « ils iraient manger chez le séropositif » ($p=0,022$) et « lui confieraient la garde de leurs enfants » ($p=0,050$), tandis que les personnes religieuses ayant participé à la condition expérimentale intitulée « Usager de drogues » sont celles qui approuvent davantage l'opinion selon laquelle la situation du séropositif relève de « sa responsabilité personnelle » ($p=0,004$).

On observe, ainsi, que les non-religieux sont présentés plus tolérants à l'égard de l'homosexualité et attribuent la contamination par le VIH à l'ignorance. D'autre part, les personnes religieuses croient que la séropositivité est le résultat des choix personnels concernant le mode de vie et que, par conséquent, le séropositif en est personnellement responsable. On pourrait dire que les non-religieux font des attributions de manière rationnelle (*ex.* l'ignorance concernant les modes de transmission du virus), tandis que les religieux ont recours à des interprétations métaphysiques (*ex.* le destin, le châtement d'origine divine).

7.2.2.2. Deuxième manipulation expérimentale

Les facteurs, probablement, sont responsables, de la différenciation des réponses des participants dans la 2^{ème} manipulation expérimentale, sont présentés dans les *Tableaux 7.10a-7.10g* (Idem en annexe). À partir de ces tableaux, on observe que le sexe supposé du séropositif semble être corrélé à la question concernant le risque. Les participants considèrent qu'ils courent le même risque de contamination par le VIH que l'homme séropositif ($p=0,037$) (*Tableau 7.10a*) ; cette opinion serait expliquée par la relation entre le VIH, considéré comme maladie sexuellement transmissible, à la représentation de la sexualité masculine caractérisée par le sexe impersonnel et circonstanciel, ayant pour but le défoulement corporel et le soulagement des pulsions sexuelles (Giannakopoulos, 2001), mais, aussi, par la prise de risque élevée (Kimmel & Levine, 1992)¹¹⁴. En ce qui concerne l'origine ethnique du séropositif (*Tableau 7.10b*), on observe que les sujets ne considèrent pas le séropositif Grec comme une personne « dangereuse » ($p=0,027$) et ils « déjeuneraient avec lui » ($p=0,048$), tandis qu'ils pensent que « le diagnostic de la séropositivité doit être mentionné sur la carte d'identité / le passeport » de la personne étrangère atteinte

¹¹⁴ Il est communément accepté que les pratiques du sexe protégé (l'usage du préservatif lors des rapports sexuels) sont en rupture avec les normes de la virilité (promiscuité sexuelle, contrôle d'expression émotionnelle, invulnérabilité).

du VIH ($p=0,043$). Les données ci-dessus sont révélatrices des relations intergroupes. Comme on le voit, les sujets expriment leur solidarité aux membres de l'endogroupe (favoritisme de l'endogroupe), alors qu'ils adoptent des attitudes de stigmatisation envers des membres de l'exogroupe.

Le sexe du participant (*Tableau 7.10c*) semble influencer ses réponses; plus précisément, les hommes semblent approuver davantage l'opinion selon laquelle « la séropositivité doit être mentionnée dans le livret de santé » ($p=0,035$). En outre, les sujets semblent approuver qu'on doit octroyer à une femme séropositive d'origine grecque une « pension et une allocation complémentaire de maladie » ($p=0,048$), tandis qu', au sujet d'une femme étrangère, ils considèrent que sa séropositivité relève d'« un châtiment » ($p=0,035$) (*Tableau 7.10d*). Cette attitude peut être expliquée par la représentation de la femme grecque en tant que « victime », donc, « non responsable », à l'opposée de la femme étrangère considérée « coupable », à cause du « stigmatisme de prostituée » (*whore stigma*) (Scambler, 2007)¹¹⁵, donc, « responsable ». Enfin, les participants masculins semblent approuver davantage l'opinion selon laquelle « lui-même » ($p=0,023$) ou « ses amis » ($p=0,030$) courent le même risque de contamination par le VIH, que l'homme séropositif d'origine grecque du scénario, probablement parce qu'ils s'identifient au protagoniste, du fait qu'ils partagent une identité commune (homme + Grec) (*Tableau 7.10g*).

Ensuite, suivent les résultats de la recherche sur la question de savoir si le niveau de religiosité influence les réponses des participants à la 2^{ème} manipulation expérimentale (*Tableaux 7.11a-7.11d*, Idem en annexe). Le niveau de religiosité semble influencer jusqu'à un certain degré les réponses des participants dans la 2^{ème} manipulation expérimentale, indépendamment de la condition expérimentale. Plus particulièrement, les sujets non-religieux semblent approuver davantage les opinions selon lesquelles le séropositif « n'est pas dangereux » ($p=0,025$); ils « partageraient un repas avec le séropositif » ($p=0,011$); ils « cohabiteraient avec le séropositif » ($p=0,025$); ils considèrent que « la séropositivité devrait être indiquée dans le livret de santé » ($p=0,037$); enfin ils « travailleraient dans le même lieu de travail avec le séropositif » ($p=0,002$). D'autre part, que les religieux semblent approuver davantage

¹¹⁵ Comme on l'a vu dans l'analyse de presse, la femme étrangère, le plus souvent en provenance des pays présentant un taux élevé de contaminations au VIH (ex. pays de l'Europe de l'Est et de l'ex-Union Soviétique) met les hommes grecs en danger par la prestation de services sexuels payants. Nous retrouvons cette représentation dans la recherche de Graham Scambler (2007) sur les immigrées opportunistes exerçant la profession d'escort-girl à Londres.

les opinions selon lesquelles la contamination par le VIH « était fatale » ($p=0,014$) et la séropositivité devrait « être indiquée sur la carte d'identité ou / et sur le passeport » ($p=0,027$) (Tableau 7.11a).

Sur ce point, il convient de souligner la différence entre l'indication de la séropositivité dans le livret de santé et sur la carte d'identité ou / et sur le passeport. Même si tous les deux (livret de santé *versus* carte d'identité / passeport) sont des documents publics, il existe, cependant, une différence spécifique. Le livret de santé est un document public qui est utilisé dans les transactions du citoyen avec l'État en ce qui concerne spécifiquement les services sanitaires et sociales. D'autre part, la carte d'identité et le passeport sont des documents délivrés par l'État au citoyen pouvant servir de justificatifs auprès des services publics en général (*ex.* les transactions bancaires, le contrôle de police, les actes juridiques etc.). Dans le premier cas, on pourrait prétendre que l'indication de la séropositivité dans le livret de santé vise à la protection du séropositif lui-même. Par exemple, dans notre recherche sur les attitudes et les représentations des employeurs concernant les séropositifs au VIH (Papathanasiou, 1999), 66,4% des employeurs interrogés considèrent impérative l'application obligatoire du dépistage du VIH sur le lieu de travail, appuyant leur position sur l'argument de la protection de l'employé séropositif. Concrètement, ils considèrent que la connaissance de la situation sérologique de l'employé conduira l'entreprise à la prise de mesures protectrices pour sa santé, telles que la régulation des questions organisationnelles concernant les tâches, l'horaire de travail, les congés de maladie etc., mais, encore, sa protection juridique (évitement de harcèlement moral, de licenciement abusif etc.). Outre sa transmission par les rapports sexuels, le sida, en tant que maladie du sang, est également contracté par le contact avec du sang contaminé. Ainsi, le dépistage obligatoire du VIH sur le lieu de travail protégera les employés (non responsables / innocents) d'une contamination potentielle en cas d'accident de travail de leur collègue séropositif. En outre, la médecine est considérée comme une pratique présentant un risque élevé de contamination par le VIH. Ainsi, le médecin (ou l'infirmier) est présenté comme « l'autre » qui est contaminé par une action dont il est non-responsable, comme dans le cas du transfusé, vu dans la 1^{ère} manipulation expérimentale. L'indication de la séropositivité dans le livret de santé avisera le personnel de santé de la situation du patient, qui sera, donc, particulièrement précautionneux et prendra les mesures de protection adéquates.

Cependant, dans le cas de l'indication de la séropositivité dans le livret de santé, sur la carte d'identité et sur le passeport, le sida est présenté comme une menace sur la population, exigeant la prise de mesures « sociales » de protection, telles que l'isolement des personnes « contaminées » du reste des personnes « saines ». Par conséquent, on pourrait dire que, dans le cas de l'indication de la séropositivité dans le livret de santé, la représentation du sida prédomine en tant que maladie transmissible sous des conditions spécifiques, tandis que, dans le cas de son indication sur la carte d'identité et sur le passeport, le sida est perçu en tant que maladie contagieuse pouvant se propager dans des conditions sociales en général.

De façon similaire, les participants religieux semblent approuver davantage l'opinion selon laquelle « le sida est un châtimeur », lorsqu'il s'agit d'un homme séropositif ($p=0,035$), et l'opinion selon laquelle « ils prêteraient des vêtements à une personne séropositive », lorsqu'il s'agit d'une femme ($p=0,046$) (Tableau 7.11b). Ces données révèlent encore une fois la représentation de la sexualité masculine « chaotique ». Respectivement, les participants religieux semblent approuver davantage l'opinion selon laquelle la contamination par le VIH d'un séropositif Grec est un facteur « aléatoire » ($p=0,042$), tandis qu', au cas où le séropositif est étranger, ils lui attribuent la « responsabilité exclusive » ($p=0,050$) (Tableau 7.11c), une attitude qui révèle l'existence des préjugés intergroupes. Enfin, on observe une approbation accrue des participants non-religieux de l'éventualité d'une « cohabitation avec un séropositif », lorsqu'il s'agit d'une femme d'origine grecque ($p=0,050$) (Tableau 7.11d); cette attitude pourrait être interprétée par la déculpabilisation de la femme grecque, qui semble être contaminée à travers des pratiques socialement acceptables (relations sexuelles dans le cadre du mariage ou relation monogame fondée sur la fidélité).

7.2.3. Représentations préexistantes et responsabilisation

Dans les analyses ci-dessous, nous nous proposerons une comparaison des représentations sociales préexistantes (première partie du dispositif expérimental) avec les attributions de responsabilité (troisième partie du dispositif expérimental). Nous tenterons, donc, d'explorer la manière dont les représentations concernant le type de maladie et les interprétations moralistes, codées selon quatre (4) facteurs,

influencent les réponses des sujets en ce qui concerne l'attribution de responsabilité et leur attitude plus générale face aux protagonistes des scénarios.

7.2.3.1. Première manipulation expérimentale

Les résultats de l'examen de la relation entre les facteurs résultant de l'analyse des composantes principales sur les questions de la 1^{ère} partie par la 1^{ère} manipulation expérimentale de l'étude sont présentés dans les *Tableaux 7.12a-7.12d* (Idem en annexe).

Plus spécifiquement, les personnes ayant des scores positifs dans le 1^{er} facteur semblent approuver davantage les opinions selon lesquelles le sida constitue un « châtiment » pour le séropositif ($p=0,001$) ; la contamination par le VIH était « fatale » ($p<0,001$) ; le séropositif « est le seul responsable de sa situation » ($p=0,001$) ; la séropositivité devrait « être indiquée sur la carte d'identité ou / et sur le passeport » ($p=0,034$). Par contre, les personnes ayant des scores négatifs dans le 1^{er} facteur, semblent approuver davantage les opinions selon lesquelles le séropositif « n'est pas dangereux pour la société » ($p=0,04$) ; ils « acceptaient d'aller manger chez le séropositif » ($p=0,016$) ; ils « prêteraient leurs vêtements au séropositif » ($p=0,005$) ; le séropositif « a droit à l'hospitalisation à domicile » ($p=0,007$) ; le séropositif « a le droit d'exercer la profession de professeur des écoles » ($p=0,006$) ; ils « travailleraient dans le même lieu de travail avec le séropositif » ($p=0,002$) ; ils lui confieraient tant « l'éducation » ($p=0,006$) que « la garde de leurs enfants » ($p=0,002$) (*Tableau 7.12a*).

Les scores dans le 2^{ème} facteur ne semblent pas corrélés aux réponses des sujets de notre recherche (toutes les valeurs $p>0,05$) (*Tableau 7.12a*).

Les personnes ayant des scores positifs dans le 3^{ème} facteur semblent approuver davantage l'opinion selon laquelle « les conditions de vie » ont conduit à la contamination de la personne par le VIH ($p=0,038$). Par contre, des personnes ayant des scores négatifs dans le 3^{ème} facteur approuvent davantage l'opinion selon laquelle elles « échangeraient une poignée de main avec le séropositif » ($p=0,020$) et elles « feraient confiance au séropositif en tant que professeur des écoles » ($p=0,016$) (*Tableau 7.12a*).

Enfin, en ce qui concerne le 4^{ème} facteur, les personnes avec des scores positifs semblent approuver davantage les opinions selon lesquelles « le séropositif n'est pas dangereux pour la société » ($p=0,001$) ; elles accepteraient « d'échanger une poignée de main avec le séropositif » ($p=0,046$), « d'aller manger chez le séropositif » ($p=0,002$), de « prêter des vêtements au séropositif » ($p<0,001$), de « cohabiter avec le séropositif » ($p<0,001$) et « de faire du bouche-à-bouche au séropositif » ($p=0,001$) (*Tableau 7.12a*).

On constate, donc, que les sujets ayant exprimé une attitude moraliste et isolationniste et considérant le sida comme une maladie contagieuse, ont adopté une attitude plus négative face aux protagonistes séropositifs des scénarios.

En observant le *Tableau 7.12b*, où nous avons pris en considération la combinaison de la condition expérimentale et du 1^{er} facteur reflétant les attitudes des participants, on repère une différence dans les réponses des sujets. Plus précisément, on observe que le **1^{er} facteur** influe sur l'attribution de la « responsabilité personnelle » ($p=0,039$) lorsque le protagoniste du scénario est « **Homosexuel** », ainsi qu'à « l'indication de la séropositivité sur la carte d'identité / le passeport » dans le cas où le protagoniste séropositif est un « **Usager de drogues** » ($p=0,050$).

En ce qui concerne le 2^{ème} facteur, celui-ci influence les réponses des sujets ayant lu la version du protagoniste « Hétérosexuel ». Concrètement, le **2^{ème} facteur** influence l'opinion des sujets, selon laquelle « le risque de contamination par le VIH est le même pour tous les Grecs », lorsque le protagoniste est « **Hétérosexuel** » ($p=0,022$) (*Tableau 7.12c*).

Le 3^{ème} facteur semble influencer les opinions des participants en ce qui concerne l'attribution de responsabilité à l'usager de substances par voie intraveineuse. Concrètement, le **3^{ème} facteur** influe sur l'opinion des sujets selon laquelle le séropositif porte une « responsabilité personnelle » dans le cas de la version de l' « **Usager de drogues** » ($p=0,050$). En outre, le 3^{ème} facteur influence les réponses des sujets lorsque la condition expérimentale se rapporte à une personne transfusée. Plus précisément, les sujets ayant lu la version du « **Transfusé** », « ne feraient pas confiance au séropositif pour la garde de leurs enfants » ($p=0,048$) (*Tableau 7.12d*).

Respectivement, le 4^{ème} **facteur** semble influencer davantage sur l'opinion des sujets qui participent à la condition expérimentale de l' « **Usager de drogues** ». Concrètement, le 4^{ème} facteur influe sur les opinions des participants selon lesquelles le séropositif avait une « ignorance sur les modes de transmission du virus » ($p=0,048$) ; ils « confieraient au séropositif la garde de leurs enfants » ($p=0,030$) ; ils « confieraient l'éducation de leurs enfants au professeur des écoles séropositif » ($0,016$). Enfin, on observe que le 4^{ème} facteur influe également sur les réponses des sujets participant à la condition expérimentale de l' « **Hétérosexuel** » et, en particulier, sur la configuration d'une « image positive » ($p=0,037$) à propos du protagoniste, et sur l'opinion des sujets participant à la condition expérimentale intitulée « **Homosexuel** », selon laquelle « la séropositivité doit être indiquée sur la carte d'assurance » ($p=0,004$) de la personne atteinte (*Tableau 7.12e*).

Dans les analyses ci-dessus, on constate que l'attitude moraliste-isolationniste des sujets à l'égard des personnes atteintes du sida influence la configuration d'une attitude négative lorsque le protagoniste du scénario appartient à un groupe stigmatisé (usager de drogues ou homosexuel).

En outre, la croyance que le sida est transmis par la relation sexuelle avec des groupes spécifiques semble influencer l'opinion des sujets selon laquelle le risque de contamination par le VIH est « le même pour tous les Grecs » lorsqu'il s'agit d'un hétérosexuel, tandis qu'ils ne semblent pas percevoir le risque de la même manière, lorsqu'il s'agit d'un homosexuel.

L'approche contagionniste du sida semble influencer l'attribution de responsabilité dans la condition expérimentale intitulée « **Usager de drogues** ». C'est-à-dire, les personnes percevant le sida comme une maladie contagieuse, attribuent une responsabilité personnelle à l'usager de drogues par voie intraveineuse, tandis que, dans la version de la contamination par voie sexuelle (rapport hétérosexuel et rapport homosexuel), leur considération est différente. En outre, l'approche contagionniste semble influencer également sur l'opinion des sujets lorsqu'il s'agit d'une personne transfusée. Dans le cas de l'usager de drogues et du transfusé, l'élément commun est la *seringue* et le *sang*. La corrélation de ces deux modes de contamination (usage de substances intraveineuses et transfusion) a été enregistrée également dans les représentations des acteurs de la santé publique (première recherche).

D'autre part, l'approche du sida en tant que maladie transmissible influence positivement les attitudes des sujets face aux séropositifs usagers de drogues. Par exemple, ils attribuent leur contamination à « l'ignorance » et ils leur confient « la garde et l'éducation de leurs enfants ». Par contre, elle ne semble pas avoir d'impact notable sur la perception de l'homosexualité. Les sujets qui semblent percevoir le sida comme une maladie transmissible, adoptent une attitude plus stigmatisante envers les séropositifs homosexuels qu'envers les hétérosexuels atteints du VIH.

7.2.3.2. Deuxième manipulation expérimentale

Les analyses des *Tableaux 7.13a-7.13i* (Idem en annexe) sont rapportées dans la 2^{ème} manipulation expérimentale. Dans ces tableaux on observe l'effet des facteurs résultant de l'analyse des composantes principales dans les questions de la 1^{ère} partie, en prenant en compte tant le sexe du séropositif que l'origine ethnique de celui-ci, ainsi que les liens entre eux.

Dans le *Tableau 7.13a*, nous présentons brièvement les différences dans les réponses des participants conformément aux scores positifs ou négatifs que porte chaque facteur de la 2^{ème} manipulation expérimentale. Plus spécifiquement, on observe que des personnes ayant des scores positifs dans le 1^{er} facteur, approuvent davantage les opinions selon lesquelles : la situation du séropositif est due aux « conditions de sa vie » ($p=0,034$), le sida est un « châtiment » du séropositif ($p<0,001$), la contamination de la personne en question était une « fatalité » ($p=0,002$), le diagnostic de l'infection au VIH devrait être indiqué « sur la carte d'identité ou / et sur le passeport » ($p=0,028$). Par contre, les scores bas dans le 1^{er} facteur semblent présentes chez les personnes qui approuvent les opinions selon lesquelles : elles accepteraient « d'échanger une poignée de main avec le séropositif » ($p<0,001$), « de manger chez le séropositif » ($p<0,001$), « de prêter des vêtements au séropositif » ($p=0,001$), « de cohabiter avec le séropositif » ($p=0,001$), « le séropositif a droit à une hospitalisation à domicile » ($p<0,001$), elles feraient du « bouche-à-bouche au séropositif » ($p<0,001$), elles « confieraient la garde de leurs enfants au séropositif » ($p<0,001$), elles « travailleraient dans le même espace avec le séropositif » ($p<0,001$), elles « ont globalement une image positive du séropositif » ($p=0,005$).

De façon similaire, dans la 2^{ème} manipulation expérimentale, les personnes ayant des scores positifs approuvent davantage les opinions selon lesquelles la situation du séropositif est le résultat de « sa propre responsabilité » ($p=0,035$) et la personne est « l'unique responsable » de sa contamination au VIH ($p=0,027$). Les personnes ayant des scores négatifs dans le 2^{ème} facteur répondent qu'elles « travailleraient dans le même lieu de travail avec un séropositif » ($p=0,003$).

En outre, les personnes ayant des scores positifs dans le 3^{ème} facteur sont celles qui approuvent davantage l'opinion selon laquelle « la situation du séropositif est due au destin » ($p=0,001$). Par contre, les personnes ayant des scores négatifs dans le 3^{ème} facteur accepteraient les opinions selon lesquelles : elles accepteraient « d'échanger une poignée de main avec le séropositif » ($p=0,016$), « de manger chez le séropositif » ($p=0,011$), « de prêter leurs vêtements au séropositif » ($p=0,004$), « de cohabiter avec le séropositif » ($p=0,045$), « le séropositif a droit à une pension et une allocation complémentaire » ($p=0,043$) et elles ont formé une « image positive » du séropositif ($p=0,007$).

Enfin, les personnes ayant des scores positifs dans le 4^{ème} facteur sont celles qui approuvent davantage l'opinion selon laquelle elles accepteraient « d'échanger une poignée de main avec le séropositif » ($p=0,010$), tandis que les personnes ayant des scores négatifs approuvent l'opinion selon laquelle la séropositivité « devrait être indiquée sur la carte d'identité ou / et sur le passeport » ($p=0,004$) (*Tableau 7.13a*).

À partir du *Tableau 7.13b* on observe que l'attitude moraliste et isolationniste (**1^{er} facteur**) à l'égard des personnes atteintes du sida n'entre pas en jeu lorsque le scénario concerne une femme. En revanche, quand on juge un « **Homme** », l'approche moraliste et isolationniste fait varier les raisonnements (*ex.* les sujets considèrent que « les conditions de vie » [$p=0,029$] et « le mode de vie » [$p=0,013$] sont responsables de la séropositivité du protagoniste). Alors que le mode de vie est lié à la volonté personnelle et au choix, les conditions de vie renvoient à des facteurs externes, non contrôlables. La combinaison des deux modes pour l'interprétation de la contamination d'un homme par le VIH mène à la concrétisation d'une espèce de volonté « imposée » (à travers la socialisation). C'est-à-dire, alors que l'attribution de la responsabilité est fondée sur une sexualité représentationnelle « à risque » en tant que choix de l'homme, on reconnaît, néanmoins, que ce choix est formé par des

facteurs externes, comme par exemple les conditions socioculturelles sur lesquelles la virilité et la masculinité sont structurées.

En ce qui concerne l'endogroupe / exogroupe, le **1^{er} facteur** semble influencer les réponses des sujets, dans le cas du scénario de l' « **Étranger** » (*Tableau 7.13c*). Plus particulièrement, les personnes ayant des scores élevés dans le 1^{er} facteur, participant à la condition expérimentale du « **séropositif étranger** » approuvent l'opinion selon laquelle la contamination par le VIH est un espèce de « châtiment » ($p=0,045$).

Selon les observations dans le *Tableau 7.13d*, le **2^{ème} facteur** semble influencer les réponses des sujets ayant participé à la condition expérimentale de la « **Femme** » par rapport à l'indication de la séropositivité dans le livret de santé. Les personnes ayant des scores élevés dans le 2^{ème} facteur, semblent considérer que « la séropositivité ne devrait pas être indiquée dans le livret de santé », lorsqu'il s'agit d'une femme ($p=0,009$). En outre, le 2^{ème} facteur influence également les réponses des sujets ayant lu le scénario de l' « **Etranger** » et, plus précisément, sur la question concernant la dangerosité. Ces sujets pensent qu'un étranger atteint de VIH est « dangereux » pour la société ($p=0,046$) (*Tableau 7.13e*). Cette opinion est compréhensible, si l'on considère que le 2^{ème} facteur est façonné par des scores élevés sur les questions qui concernent les rapports sexuels avec des groupes minoritaires stigmatisés, dont les immigré(e)s.

Conformément aux résultats, le **3^{ème} facteur** semble influencer les réponses des personnes interrogées ayant lu le scénario dont le protagoniste est un homme séropositif. Concrètement, les sujets avec des scores positifs dans le 3^{ème} facteur, ayant participé à la condition expérimentale de l' « **Homme** », sont ceux qui approuvent davantage les opinions selon lesquelles « les conditions de vie » ($p=0,019$) sont responsables de la situation du séropositif et que sa séropositivité était une « fatalité » ($p=0,039$) (*Tableau 7.13f*). En outre, les sujets ayant des scores élevés dans le 3^{ème} facteur et ayant participé à la condition expérimentale de l' « **Étranger** », approuvent les opinions selon lesquelles « la séropositivité devrait être indiquée sur la carte d'identité ou / et sur le passeport » ($p=0,045$) ; ils ont une « image négative » du séropositif ($p=0,030$) (*Tableau 7.13g*).

Enfin, selon des observations du *Tableau 7.13h* et *7.13i*, le 4^{ème} facteur ne semble pas influencer sur les réponses des personnes interrogées indépendamment du scénario qu'elles ont lu (Toutes les valeurs $p > 0,05$).

Dans les *Tableaux 7.14a-7.14d* (Idem en annexe) sont présentées les différences des réponses des participants, en prenant en considération les scores des facteurs résultant de l'analyse des composantes principales, ainsi que le lien entre les conditions expérimentales du *sexe* et du *groupe d'appartenance* de la personne séropositive. Comme il devient évident dans le *Tableau 7.14a*, le **1^{er} facteur** influe sur les réponses des sujets, ayant participé à la condition expérimentale de la « **Femme étrangère** ». Ces sujets approuvent l'opinion selon laquelle la femme étrangère a été contaminée à cause de son « mode de vie » ($p=0,032$). En outre, le **4^{ème} facteur** influence les réponses des personnes interrogées ayant participé également à la condition expérimentale intitulée « **Femme étrangère** », qui approuvent davantage l'opinion selon laquelle la contamination par le VIH est la conséquence des « conditions de vie » ($p=0,038$). La différence entre le « mode de vie » et les « conditions de vie » est repérée dans ce qu'on appelle « l'attribution causale ». Comme le soutient Heider (1958), les facteurs principaux d'une action sont *l'individu* et *l'environnement*. Dans le premier cas on reconnaît à l'individu son libre arbitre et la possibilité de choisir parmi un nombre d'alternatives (cause interne). Par contre, dans le deuxième cas, les causes externes (conditions environnementales spécifiques) poussent l'individu à l'adoption d'attitudes et de pratiques spécifiques¹¹⁶.

Conformément aux résultats ci-dessus, le 1^{er} et le 3^{ème} facteur influent sur les jugements des sujets ayant participé à la condition expérimentale intitulée « Homme » (ils attribuent la contamination aux conditions de vie et au mode de vie). D'autre part, les facteurs 1, 2 et 3 influent sur les réponses des sujets ayant lu le scénario de l'« Étranger ». Les sujets ayant des scores élevés dans ces facteurs considèrent que : le sida est « un châtimeur », l'étranger séropositif est « dangereux pour la société », la séropositivité de l'étranger « doit être indiquée sur la carte d'identité ou / et sur le passeport », enfin, ils déclarent avoir une « image négative » du protagoniste étranger. Le 1^{er} facteur semble influencer également sur les réponses des sujets ayant lu le scénario de la « Femme étrangère », selon lesquels la contamination au VIH est lié à

¹¹⁶ Par exemple, dans le cas d'une femme prostituée, la question de savoir si la prostitution constitue un choix personnel ou s'il s'agit d'une conséquence des conditions (le trafficking, l'indigence etc.) est d'une importance capitale dans l'attribution de responsabilité.

un mode de vie spécifique. On observe, donc, que l'attitude moraliste et isolationniste, la croyance selon laquelle le sida est transmis par le rapport sexuel avec des membres des groupes spécifiques et l'approche du sida en tant que maladie contagieuse, ont un effet négatif sur les attitudes des sujets face aux personnes atteintes par le VIH/sida, en particulier lorsque ces personnes appartiennent à l'exogroupe (étranger). Enfin, l'attitude moraliste et isolationniste face au sida influe sur les attitudes des sujets lorsqu'il s'agit d'un homme en général (corrélation du sexe masculin au risque) et d'une femme étrangère en particulier (corrélation du sexe féminin et de l'appartenance à l'exogroupe en ce qui concerne la vulnérabilité).

7.3. Conclusion du chapitre

Les résultats que nous avons présentés révèlent l'existence de trois profils fondamentaux différents en ce qui concerne la 1^{ère} manipulation expérimentale. Premièrement, on observe le profil de « l'usager de drogues par voie intraveineuse », qui est négativement apprécié sur la totalité des questions et semble plus marginalisé par rapport aux autres profils. Par contre, le profil du « transfusé » bénéficie d'une impression très positive de la part de l'ensemble des sujets. On observe également le profil des personnes contaminées par « voie sexuelle ». Cependant, il devient évident qu'un jugement moral plus sévère est porté sur les personnes contaminées par une relation homosexuelle par rapport à celles contaminées par des rapports hétérosexuels. Les homosexuels semblent s'apparenter davantage au profil de l'usager de drogues, alors que les hétérosexuels à celui du transfusé.

Concernant l'attribution de responsabilité, la contamination au VIH d'un usager de drogues est liée à son mode de vie, mais également à son ignorance en matière de prévention, comme une conséquence de la situation de précarité qui l'a conduit à ses choix personnels et à ses actes. Ainsi, les usagers de drogues sont considérés comme étant personnellement responsables de leur situation, mais également comme en étant les responsables uniques, du moment que cette situation aurait pu être évitée. La contamination d'un hétérosexuel est considérée comme un événement aléatoire. La comparaison des opinions à propos des deux groupes contaminés par voie sexuelle montre que les hétérosexuels sont considérés comme portant une responsabilité personnelle, alors que les homosexuels sont considérés

comme les responsables uniques de leur séropositivité. La différence entre la « responsabilité personnelle » et la « responsabilité exclusive » réside dans le fait que, dans le premier cas, on reconnaît la responsabilité de la personne, sans exclure, pour autant, l'effet d'autres facteurs.

Les résultats concernant l'acceptabilité sociale présentent également un intérêt particulier. Les résultats concernant l'aptitude pédagogique du séropositif (exercice de la profession pédagogique, éducation et garde des enfants des personnes interrogées) sont les mêmes pour les trois questions. Selon l'opinion des sujets, le transfusé et l'hétérosexuel sont plus compétents pour exercer la fonction pédagogique, à l'opposé de l'usager de drogues et de l'homosexuel. Les stéréotypes de l'homosexuel et de l'usager de drogues, d'une symétrie absolue, projettent l'image des personnes nuisibles et dangereuses pour la société et, en particulier, pour ses membres les plus vulnérables et les plus faibles : les enfants. La relation sociale d'un homosexuel ou d'un usager de drogues avec les enfants semble être décrite par les bipôles d'exploiteur / exploité, de corrupteur / corrompu, de dangereux / de non dangereux, de mauvais / bon. L'enfance, considérée comme « l'âge de *notre* innocence » (de tous, de toutes les personnes), se trouve en opposition absolue avec la vie « infernale » des homosexuels et des usagers de drogues, perdus dans et par leurs « passions ». ¹¹⁷ Dans l'enquête effectuée en 2005, dans le but d'enregistrer les opinions de la population générale sur les thèmes de l'homosexualité à Chypre, une société présentant une multitude de caractéristiques communes avec la société grecque, les personnes interrogées ont largement désapprouvé l'idée de confier la garde de leur enfant à une personne homosexuelle (70% d'avis défavorables contre, 23% d'avis favorables) et de confier l'éducation de leur enfant à un professeur des écoles homosexuel (61% d'avis défavorables contre 25% d'avis favorables). En outre, notre recherche concernant le sida et le lieu de travail (Papathanasiou, 1999), a révélé deux raisons fondamentales concernant le refus d'embaucher un enseignant séropositif dans une école privée : l'éventualité d'un effet négatif sur les élèves et la peur de contamination des enfants, bien que la peur concernant la transmission du virus dans les conditions d'enseignement soit irrationnelle. Plexoussaki et Yannakopoulos (1996) soulignent

¹¹⁷ Rappelons la caractéristique de la « passion » (en tant qu'impulsion interne incontrôlable qui conduit à des comportements [auto]-destructifs) partagée par l'homosexuel et l'usager de drogues, révélée à travers nos interviews avec des acteurs de la santé publique (première recherche). Le terme « passion », *pathos*, en grec, désigne le désir intense en même temps que la souffrance physique ou mentale.

que l'enfant et l'image de l'enfant occupent une place centrale dans le discours des malades. Ils soulignent que cette projection de l'enfant s'inscrit dans la logique de la purification du type de sexualité associé au sida. Selon ces anthropologues « l'enfant constitue le symbole de la pureté, de l'innocence, des relations non-sexuelles au monde. Les propos d'un de nos interlocuteurs semblent révélateurs de cette opinion : il nous a confié que sa décision de ne plus avoir des rapports sexuels avec son amant dès la révélation de la contamination de ce dernier, était due au fait qu'il l'avait, dès lors, considéré comme son propre enfant. » (p. 131).

Le sexe des personnes interrogées de notre échantillon ne semble pas influencer notablement leurs réponses en ce qui concerne leurs attitudes face au protagoniste séropositif du scénario.

En ce qui concerne le facteur de religiosité, les sujets religieux semblent considérer la contamination au VIH comme un châtement divin et semblent avoir des attitudes plus négatives face aux personnes atteintes du VIH/sida que ceux non-religieux, qui apparaissent moins stigmatisants face aux personnes atteintes du VIH (*ex.* ils cohabiteraient avec une personne séropositive au VIH). On observe, donc, que les personnes religieuses ont recours à des explications métaphysiques afin d'interpréter l'émergence du sida. Cette corrélation est absolument compréhensible compte tenu de l'imprégnation de la mémoire collective du discours obscurantiste et homophobe de l'Église – tel qu'il apparaît à travers les prêches aussi bien qu'à travers les campagnes, fortement médiatiques, pour la « protection » des ouailles (le troupeau de Dieu) du sida, considéré comme une maladie « satanique » – se référant à des « signes du temps » d'une « société moralement immunodéficente » (Tarabay, 2000), renforçant le lien du sida avec une vie sexuelle irresponsable, et identifiant, de façon significative, l'homosexuel actuel au « Sodomite » biblique¹¹⁸.

En ce qui concerne l'examen de l'effet des conceptions préexistantes sur le sida en matière d'attitudes des sujets à l'égard des personnes atteintes du VIH, on constate que la manière dont les sujets traitent l'information sur la contamination du protagoniste du scénario (qui varie selon le mode de contamination, le sexe et le groupe d'appartenance, l'endogroupe et l'exogroupe), dépend de leur perception du sida. Concrètement, on observe que les personnes présentant une attitude *moraliste et*

¹¹⁸ Selon Foucault, l'homosexuel en tant que « genre historique » apparaît au 19^{ème} siècle.

isolationniste face aux séropositifs et aux malades du sida, comme celles considérant le sida comme une maladie *contagieuse*, semblent plus stigmatisantes à l'égard des protagonistes des scénarios, surtout lorsque ceux-ci appartiennent à un groupe pré-stigmatisé. On peut conclure, par conséquent, que les attitudes face aux séropositifs sont influencées tant par les appréciations morales concernant la personne du malade et son mode de vie que par la perception de la maladie elle-même (*contagieuse versus transmissible*).

En ce qui concerne la 1^{ère} manipulation expérimentale, on peut dire que nos hypothèses ont été vérifiées. L'attribution de la responsabilité en référence à la contamination par le VIH est fondée sur des stigmates préexistants en matière de pratiques et de conduites socialement méprisées (usage de drogues, homosexualité). Nos résultats confirment et complètent les tendances observées par Apostolidis et Cordival (1995) sur la responsabilité en matière d'infection par le VIH. Le travail de ces auteurs montre que l'impression des sujets sur la personne séropositive varie en fonction du mode de contraction du VIH. Plus précisément, les résultats font apparaître trois profils différents : celui de l'utilisateur de drogues, associé à une impression négative ; celui de la personne transfusée bénéficiant d'une image positive ; enfin, celui des personnes contaminées par voie sexuelle indépendamment de leur orientation sexuelle. Du point de vue de la responsabilité, la personne transfusée n'est pas considérée responsable de sa situation et sa contamination est due au hasard ou à la malchance. Au contraire, les personnes contaminées par voie sexuelle ou intraveineuse semblent être considérées responsables de leur maladie.

En ce qui concerne la 2^{ème} manipulation expérimentale, on observe qu'il y a une tendance qui confirme notre hypothèse à travers la comparaison intergroupe qui concerne l'appartenance raciale des sujets. Concrètement, dans le cas où le protagoniste du scénario est un étranger (exogroupe), on observe une attitude plus négative à son égard que dans le cas où il s'agit d'un Grec (endogroupe). Par exemple, lorsqu'un séropositif est étranger, il est considéré socialement dangereux et, par voie de conséquence, le diagnostic positif au VIH doit être indiqué sur les documents publics. En outre, en prenant en compte la variable du sexe, on constate que les sujets attribuent une plus grande responsabilité à la femme étrangère par rapport aux autres protagonistes, considérant que sa situation actuelle est la conséquence de son mode de vie. Cette interprétation révèle la représentation

dominante¹¹⁹ de la femme étrangère, qui se livre à la prostitution et met en danger sa clientèle masculine (les Grecs).

Cependant, la 2^{ème} manipulation expérimentale n'a pas fonctionné efficacement en comparaison avec la 1^{ère} manipulation. Tandis que la 1^{ère} manipulation expérimentale a influencé 12 questions sur 27, la 2^{ème} manipulation expérimentale a influencé seulement une question (même risque pour vous) en ce qui concerne le sexe et trois questions (dangerosité, repas commun et indication de la séropositivité sur la carte d'identité ou / et sur le passeport) en fonction de l'origine ethnique. Cet effet est peut-être dû au mode de notre présentation de l'origine ethnique (à travers le prénom). Probablement, il aurait fallu déterminer le pays d'origine du protagoniste. Ou encore, bien qu'à travers la presse on ait enregistré des rapports stigmatisants concernant les personnes venant des pays de l'Europe de l'Est, l'emploi de prénoms slaves renvoie à la doctrine chrétienne orthodoxe grecque. Les Grecs considèrent les Slaves et les Russes comme des peuples apparentés au peuple grec (appartenance à l'Empire Byzantin) ; dans l'optique de cette relation, on pourrait considérer, donc, que les personnes de ces communautés ethniques appartiennent à un groupe commun, celui des chrétiens orthodoxes. Par conséquent, la distinction entre l'endogroupe / l'exogroupe ne tient plus. Des recherches dans le domaine de la psychologie sociale montrent l'existence d'une différence entre les conceptions stéréotypées et les préjugés stéréotypés. Malgré l'existence de conceptions stéréotypées concernant les Slaves et les Russes, on n'enregistre pas d'attitudes négatives à leur égard. Par contre, pendant des périodes de crise, les pays apparaissent solidaires¹²⁰. Il serait, donc, particulièrement intéressant, de tenter, dans l'avenir, une recherche sur l'attribution de responsabilité au moyen d'une comparaison intergroupe qui concernerait deux étrangers en provenance de communautés ethniques ou religieuses différentes (*ex.* un Albanais et un Slave, un musulman et un chrétien et vice-versa).

¹¹⁹ On a également enregistré cette représentation dans l'analyse de presse (deuxième recherche).

¹²⁰ En 1999, lorsque l'OTAN menait une opération aérienne contre la Serbie, la Grèce était le seul pays-membre de l'alliance à ne pas y participer et à avoir exprimé son opposition au niveau politique. À cette époque, la société grecque a réagi intensément contre les bombardements de Belgrade par les forces de l'OTAN, par des manifestations massives de solidarité au peuple serbe, à Athènes et dans d'autres villes de la Grèce.

En résumé, on pourrait dire que les conclusions de la présente recherche corroborent l'opinion selon laquelle **la responsabilité est une construction sociale**. Pendant le processus d'attribution de responsabilité, le sujet n'examine pas seulement les causes d'une action, les motifs de l'acteur ou les conséquences de l'action concrète dans sa totalité. Pour effectuer une attribution, l'individu – observateur prend en compte les facteurs sociaux, comme l'identité de l'acteur, son groupe d'appartenance, sa position dans la société. Par conséquent, la question *qui* accomplit un acte a une plus grande importance par rapport à *l'acte* elle-même. Il ne s'agit pas, donc, d'un problème *phénoménologique*, mais d'un problème purement *ontologique*. Les interprétations données à un acte nous fournissent des informations importantes sur la dynamique et les relations intergroupes et les relations interpersonnelles. L'attribution de responsabilité en ce qui concerne la contamination par le VIH dépend non pas du fait de la contamination proprement dite, mais du profil de la personne contaminée. L'appréciation d'un séropositif en tant que « coupable » ou « innocent » dépend largement du mode de contamination, qui est en relation étroite avec le mode de vie de la personne, cette mesure conférant à la personne une identité et déterminant son classement dans une position sociale précise (valorisée / dévalorisée). Un mode de vie socialement stigmatisé conduit à une maladie socialement stigmatisée, au sens large. La personne qui porte une identité socialement méprisée et stigmatisée et qui est contaminée par le VIH, est considérée personnellement responsable de la maladie, du moment qu'elle aurait pu l'éviter, en choisissant un autre mode de vie conforme aux normes sociales et à la morale prédominante. Par contre, la contamination d'une personne socialement intégrée est considérée comme un événement « aléatoire », qui exempte la personne de tout type de responsabilité. Par conséquent, on pourrait assumer que le stigmatisme de la contamination au VIH est fondé et développé sur un *stigmatisme préexistant*. Nous considérons que cette indication est très importante pour la compréhension de la résistance de la population en ce qui concerne la déstigmatisation des personnes atteintes du VIH/sida – même pendant ladite époque de la normalisation – et la planification de stratégies de solidarité et d'intégration sociale. La prévention du stigmatisme du sida se trouve en interdépendance avec la prévention des stigmates périphériques, comme le stigmatisme de l'homosexualité, le stigmatisme de l'usage de drogues par voie intraveineuse, le stigmatisme de la prostitution, le stigmatisme racial, ainsi que le stigmatisme fondé sur des conceptions stéréotypées du genre (*gender stereotypes*).

8. CONCLUSION GÉNÉRALE – DISCUSSION – PERSPECTIVES

8.0. La dynamique de la responsabilité dans le social

Dans les chapitres précédents, nous avons présenté les résultats d'un programme de recherches que nous avons effectué dans le contexte grec, au regard d'une approche pluriméthodologique, sur le thème des représentations sociales dans la construction de la responsabilité dans le contexte du VIH/sida en Grèce.

Comme l'écrit l'un des plus importants spécialistes en matière d'attribution de responsabilité, Bernard Weiner, dans son livre *Jugements de Responsabilité* (1995), quotidiennement, dans la vie, nous faisons face à des questions et des sujets qui touchent la responsabilité, l'accusation et la punition. Pour se rendre compte de l'importance de la responsabilité dans la vie publique, il suffit de jeter un coup d'œil dans les journaux pour constater que les questions sociales majeures tournent autour de l'attribution de responsabilité concernant des erreurs et des omissions. Un exemple caractéristique de l'actualité grecque – à l'heure où s'écrivent ces lignes – est la crise économique, avec le déroulement d'un débat public qui se concentre autour de l'attribution de la responsabilité à propos de l'effondrement de l'économie nationale. « *Les hommes politiques corrompus en sont-ils responsables ?* », « *Est-ce la faute à la mentalité du peuple ?* », « *Les Grecs sont-ils victimes d'un complot mondial ?* ». Comme nous l'avons vu, des questions similaires ont été posées, au début des années 1980, lorsque une maladie étrange et menaçante a fait son apparition (ou plus correctement lorsque celle-ci a été identifiée et qu'elle est devenue un sujet d'objectivation) : « *Les homosexuels pervers en sont-ils responsables ?* », « *Est-ce la faute à la déchéance morale des sociétés modernes ?* », « *Les Africains sont-ils victimes d'un complot des Blancs ?* ». La question « *À qui la faute ?* » (*Tis ptei ?*)¹²¹, historiquement chargée pour les Grecs, marque toutes ces périodes qui sont caractérisées par l'incertitude et la peur. Ainsi, en 1981, une telle période a débuté

¹²¹ Titre du manifeste historique de Charilaos Trikoupis (diplomate grec, homme politique et premier ministre) publié en 1874 dans le journal *Keroi*, qui a conduit à des changements sociaux (sur le fameux Principe Parlementaire de la Confiance Déclarée). Dans cet article Charilaos Trikoupis accusait violemment le roi (et ses conseillers) de se conduire en monarque absolutiste, ignorant le Principe Parlementaire de la Confiance Déclarée et imposant à son peuple un gouvernement minoritaire.

pour l'humanité tant au niveau microsocial (individuel / interindividuel) que macrosocial (groupe / structurel).

Notre ambition dans ce travail de recherche consistait de faire valoir une étude systématique et pluridisciplinaire du binôme *sida – société grecque* à l'époque des multithérapies et de la normalisation / banalisation impliquée de la maladie dans les pays occidentaux au moins, comme elle a été enregistrée dans des recherches internationales, ayant pour « vecteur » la responsabilité, enrichissant ainsi la littérature existante avec de nouveaux éléments. Nous avons tenté, à travers des méthodes quantitatives et qualitatives, dans un objectif à la fois d'exploration et de vérification, d'appréhender les représentations sociales concernant le sida et leur impact sur la responsabilisation. Une telle étude nous fournit des informations utiles pour les processus sociocognitifs qui façonnent les attitudes des sujets face aux malades du sida. Ces données peuvent contribuer à une compréhension plus profonde des attitudes de stigmatisation et d'exclusion, des relations interindividuelles et intergroupes, des fermentations sociales, et peuvent nous conduire à une analyse et à une interprétation de la réalité psychosociale. Nous développerons plus précisément les apports de ce travail – tant au niveau théorique qu'au niveau des interventions –, après avoir, d'abord, présenté brièvement les résultats principaux de nos trois recherches, qui serviront de « toile de fond » pour le développement d'une approche métathéorique de la responsabilité dans le cadre de la psychologie sociale, d'une part, et, d'autre part, du développement des recommandations pour la conception et la mise en œuvre d'interventions pour le contrôle de l'épidémie et la confrontation du stigmaté, dans le cadre d'une psychologie sociale appliquée.

8.1. « La découverte » du terrain

Pour étudier le phénomène de la responsabilité par rapport à la contamination au VIH, nous avons utilisé une approche pluriméthodologique et, plus spécifiquement, la stratégie de triangulation. Dans une première phase, nous avons effectué deux recherches qualitatives (entretiens et analyse de la presse) à caractère exploratoire, afin de dégager des données du champ d'analyse, qui vont nous permettre de formuler des hypothèses contextualisées. Nous avons cherché, ensuite, à

vérifier certaines de ces hypothèses à l'aide d'un dispositif des deux recherches de type quasi-expérimental.

Au travers de différents types de données recueillies, on peut identifier des raisonnements analogues dans la construction de la responsabilité qui s'actualisent et s'expriment à partir des lieux de production différents (discours dans les entretiens, communication sociale par la presse quotidienne, jugements des acteurs dans des conditions socialement normées). Dans toutes les trois recherches, nous observons que des valeurs, des normes et des règles puisant dans l'univers de l'identité sociale et du groupe d'appartenance des sujets, sont mobilisées pour construire la responsabilité en tant que fait psychosocial. Plus précisément :

À partir des résultats de la recherche par entretien auprès d'acteurs de santé publique (politiques, administratifs, scientifiques et associatifs), nous constatons que – trente ans après l'apparition du sida et malgré les progrès de la médecine et de la pharmacologie qui ont réussi à changer le sida d'une maladie mortelle en une maladie chronique – le terme « groupe à haut risque » domine encore dans le discours public sur le sida. Ce terme, qui constitue également un élément de catégorisation sociale, englobe des groupes préstigmatisés qui ont été liés au sida dès le début de l'épidémie. À travers l'analyse du discours des acteurs, nous observons, en ce qui concerne les explications, que les sujets attribuent une plus grande responsabilité aux individus qui ont été infectés par des pratiques socialement dévalorisées. Le stigmatisme de la responsabilité pèse principalement sur les homosexuels et les usagers de drogues et deuxièmement sur les prostitué(e)s et les hommes et les femmes ayant des partenaires sexuels multiples. Les individus qui appartiennent aux groupes ci-dessus sont caractérisés comme « dangereux », « autodestructeurs », « indifférents aux autres », « immoraux », « moralement instables et désorganisés », « socialement provocants », « rancuniers » et « responsables » de leur infection par le sida, qui est perceptible en tant que conséquence naturelle de leurs choix personnels, en conflit avec les exigences sociales (et religieuses). Aux antipodes des malades responsables (voir coupables), nous rencontrons les malades non-responsables (voir innocents) : les hémophiles – multitransfusés, les femmes (épouses-mères) et les enfants qui constituent une catégorie des « victimes » de l'imprudence, de l'irresponsabilité et d'un comportement dangereux de tierces personnes.

En outre, les acteurs interviewés, en vue d'évaluer les politiques de prévention contre le sida mises en place en Grèce, ont recouru à des perceptions de la responsabilité socialement partagées. Ainsi, nous observons un lien entre l'attribution de responsabilité et la politique préventive. L'attribution de responsabilité constitue un facteur primordial dans le processus de la prise de décision et de la planification des politiques. C'est-à-dire, le choix politique de développer exclusivement des actions à destination de la population générale (voir majoritaire), en excluant les personnes « réellement » vulnérables – en termes d'ampleur de la dispersion du virus et de la fréquence des nouvelles contaminations dans une communauté spécifique (selon les données épidémiologiques grecques) –, peut être interprété comme étant directement lié à l'appréciation du caractère marginal et dévalorisant des personnes « exclues ». Ce qui illustre comment la responsabilisation, partie constitutive du stigmatisme, fait partie de la morale sociale dans laquelle les politiques sociales sont formulées. Par conséquent, les réactions sociopolitiques face au sida et les groupes vulnérables prennent un caractère « punitif » et fonctionnent comme une sorte de « sanctions ».

En même temps, à travers l'analyse de la presse quotidienne, nous avons observé la même approche moraliste de l'infection par le VIH. À travers la presse apparaissent les images archétypes de l'innocent et du coupable. Les archétypes bipolaires contradictoires continuent de conserver leur fonctionnalité à l'époque de la normalisation. D'une part, nous rencontrons une figure archétype de la « victime », incarnée de façon classique par l'image de l'enfant. De l'autre, l'archétype du « porteur » qui renvoie aux groupes sociaux socialement méprisés, comme les homosexuels, les usagers de substances psychoactives et les prostituées. La focalisation de la presse sur le groupe des immigrés et particulièrement sur les femmes immigrées qui proviennent des pays de l'Europe de l'Est, présente un intérêt particulier. Ces immigrées apparaissent dans la presse comme étant actives dans le milieu de la prostitution, une activité à haut risque en ce qui concerne la contamination par le VIH. Cependant, dans le cas des femmes prostituées, la stigmatisation ne fait pas référence au mode de vie, mais à l'origine ethnique, indiquant que le sida est une maladie ayant une dimension culturelle. Ce sens est renforcé par la référence d'un journal sur le « conflit des épidémies » en se référant au débat sur « le choc des civilisations ». Dans une période historique où on enregistre une forte mobilité et un mélange des peuples, nous constatons que le sida constitue un

élément de focalisation au niveau de la presse, qui relève la dimension alarmante de la maladie et la lie à un « autrui » nationalement et culturellement « différent », faisant de lui un « autrui dangereux ». Ce qui montre, donc, que la *différence* et l'*altérité* sont constitutives du *danger* de la maladie, dans la construction sociale du sida.

Notre hypothèse de base, à la suite de ces observations, était que l'attribution de la responsabilité concernant l'infection par le VIH est associée à l'appartenance à un groupe socialement marginal et stigmatisé. Plus précisément, la responsabilité est attribuée à des individus qui appartiennent à des groupes dévalorisés à cause de leur mode de vie ou au fait qu'ils sont membres de l'exogroupe. Nous avons émis aussi l'hypothèse que l'attribution de la responsabilité est liée à la représentation de la maladie, ainsi qu'au sens que l'on lui confère (contagieuse *versus* transmissible). Pour vérifier ces hypothèses, nous avons réalisé deux recherches quasi-expérimentales. Les résultats de la première recherche montrent l'effet du mode de transmission sur l'attribution de responsabilité : la personne contaminée par usage de drogues ou par relation homosexuelle est perçue comme plus responsable de sa situation et moins acceptée socialement, en comparaison à la personne contaminée par transfusion ou par relation hétérosexuelle (*ex.* les sujets leur confieraient l'éducation de leurs enfants).

En ce qui concerne la deuxième recherche, nous avons observé une tendance selon laquelle les individus qui appartiennent à l'exogroupe sont tributaires d'un jugement moral plus négatif que les membres de l'endogroupe. En ce qui concerne le sexe du séropositif, les sujets attribuent une plus grande responsabilité à un homme infecté par le sida qu'à une femme. Cependant, lorsque nous combinons le sexe de l'acteur séropositif avec son origine ethnique, nous remarquons que la femme de l'exogroupe est celle qui est jugée davantage comme étant « responsable » de sa contamination par le VIH. C'est dans cette condition expérimentale que les sujets expriment les attitudes les plus négatives (*ex.* ils considèrent la contamination du sida chez une femme étrangère comme un châtement).

En outre, les résultats des ces deux recherches permettent d'observer que l'attitude envers des personnes contaminées par le VIH dépend également de la représentation de la maladie (contagieuse *versus* transmissible). Les sujets qui adhèrent à une vision contagionniste du sida, expriment des attitudes plus négatives à l'égard des personnes séropositives en général et, plus précisément, envers les personnes séropositives qui appartiennent à un groupe social dévalorisé. Par

conséquent, on pourrait suggérer qu'il existe un lien entre l'approche contagionniste et les croyances sociales et morales impliquées dans le processus de responsabilisation de la contamination.

Nous observons donc que les sujets font des appréciations morales différentes envers le séropositif selon son groupe d'appartenance et son rôle social. Par ailleurs, les attitudes des sujets envers les personnes contaminées du sida sont fondées sur une opposition d'opinions marquées concernant la maladie : du sida comme un châtement de l'immoralité et de la promiscuité sexuelle ou comme un symbole de la décadence sociale, au sida – maladie infectieuse, comme toute autre infection virale.

Les résultats de ces recherches nous fournissent des observations intéressantes, à notre avis, qui nous permettent de mieux comprendre le rôle de l'identité sociale et des relations intergroupes dans la construction de la maladie et des attitudes envers les malades. Ci-dessous nous allons procéder à une tentative de théorisation de ces éléments, en souhaitant contribuer à l'élaboration d'une psychologie sociale des responsabilités, « applicable »¹²² dans divers secteurs de la vie collective, dont l'utilité nous allons essayer de démontrer à travers des exemples.

8.2. La théorisation du champ d'analyse : vers une psychologie sociale des responsabilités

La question principale qui est justement posée après la présentation des résultats de nos recherches quasi-expérimentales est la suivante : « Y a-t-il certains éléments-modèles (patterns) qui forment la personne responsable ? », « Quels sont les facteurs sociaux qui influencent le processus de responsabilisation ? ». En nous appuyant sur notre analyse, nous allons immédiatement mettre en théorie les résultats expérimentaux, en vue de répondre à la question « Qui est le responsable ? » en dessinant le profil du « responsable ».

Depuis plusieurs décennies, l'intérêt des psychologues sociaux est focalisé autour *de la façon dont nous jugeons les autres et celle dont nous sommes jugés par eux-ci*. Les chercheurs ont tenté d'isoler des variables très précises, pour décrire et

¹²² Mayo et Lafrance (1980) – qui ont proposé un modèle d'intervention sociale – rejettent le terme appliqué, y voyant une scission avec la psychologie sociale traditionnelle ainsi qu'une relation unidirectionnelle entre la théorie et l'application. Elles préfèrent le terme « applicable » pour décrire leur modèle proposé.

comprendre ce qu'on nomme « processus attributionnel ». Heider (1958), Jones & Davis (1965), Kelley (1967) et Weiner (1974) sont les théoriciens les plus importants sur le champ et la dynamique des attributions, auxquels nous avons fait référence à différentes reprises au cours de notre travail. La contribution desdits théoriciens au développement de la psychologie sociale et, en particulier, sur le champ cognitif des attributions a très importante été sans aucun doute. Cependant, les théories ci-dessus ont fait l'objet des critiques et ont été remises en question, puisque aucune ne semble capable à interpréter complètement le processus attributionnel. Notre conviction est que le choix de tel ou tel modèle doit être approprié. Par exemple, la théorie de Heider semble être plus utile dans les cas où nous avons un nombre restreint d'informations. D'autre part, la théorie de Jones et Davis est liée davantage à la perception des individus (en termes cliniques), ainsi que à des situations bien structurées. La théorie de Kelley présente de meilleurs résultats dans le cas où l'individu a une plus grande variété de causes alternatives. Enfin, la théorie de Weiner est plus efficace en ce qui concerne l'accomplissement d'un travail qui représente une stabilité de causes. Dans la psychologie sociale, le développement de procédures basées sur la triangulation théorique¹²³ constitue un enjeu primordial. En effet, cette perspective permet, entre autres, d'articuler des « explications causales des comportements » et des « interprétations psychosociales du sens des comportements » (Fischer & Tarquinio, 1999 ; Apostolidis, 2006).

Tous les modèles théoriques ci-dessus – malgré leurs différences – se ressemblent sur un point important : ils interprètent les attributions sur la base de la *personnalité*. La personnalité intervient dans le mélange des causes – effets (Heider), sur les correspondances inductives (Jones & Davis), dans la commutation (Kelley), ainsi que dans la classification des causes en fonction de facteurs spécifiques (Weiner). Dans la psychologie sociale, la personnalité joue un rôle majeur dans l'analyse des phénomènes sociaux. Nous ne devons pas oublier que la psychologie sociale s'intéresse à l'étude des situations qui influencent le comportement des individus. Par conséquent, d'un côté, elle montre la fluidité des réactions et, de l'autre, elle provoque une certitude en ce qui concerne l'avenir (Leyens & Vaes, 2009). Bien entendu, nous ne pouvons (pas encore) prédire les événements qui se produiront dans l'avenir, par conséquent, il nous est difficile de faire des prévisions

¹²³ Utilisation de différentes théories pour interpréter les données recueillies.

concernant les comportements futurs. Toutefois, la personnalité est stable par définition. Leyens et Vaes (2009, p. 167) affirment que la « seule raison d'existence de la notion personnalité consiste dans son utilisation par les psychologues pour l'étude du comportement, de la stabilité cognitive et sentimentale d'un individu ». Le caractère stable de la personnalité c'est ce qui fait du comportement un facteur *prévisible*. Par exemple, un individu présentant des troubles de la personnalité limite (borderline) exprimera la peur, la panique, la colère et la rage sous n'importe quel abandon réel ou imaginaire (séparation, voyage, retard à un rendez-vous, fin d'une séance de psychothérapie etc.). Par conséquent, « la personnalité est l'outil de prévision d'un psychologue » (Leyens & Vaes, 2009, p. 167). Certains pensent que le fait d'être pour ou contre le mariage des homosexuels est interprété au niveau de la personnalité des juges. La question que nous nous posons est si les attitudes et les comportements peuvent être interprétés de façon satisfaisante seulement sur la base de personnalité du sujet.

Les différenciations qui ont lieu au niveau des actes (actions, soutiens, événements aléatoires etc.) ou des positions que prennent les individus (acteur *versus* observateur), mais, également, au niveau des méthodes de traitement des informations (scénarii, déviation, évaluation des hypothèses etc.), ou encore des interprétations (causes, raisons, structures causales et autres) activent et transforment de plusieurs manières les modèles précoces des conceptions simplifiées. Elles permettent, en conséquence, le réexamen des attributions au regard d'une psychosociologie des relations intergroupes et non dans le cadre d'une microanalyse (relations intrapersonnelles, interpersonnelles et intragroupes), comme cela se faisait dans le passé. Conformément à cette optique, l'interprétation d'un état ou d'une action individuelle est influencée moins par les caractéristiques personnelles (personnalité) de l'acteur et plus par ses **caractéristiques sociales** (identité sociale). En d'autres termes, l'inclusion de l'individu dans un groupe social / des groupes sociaux ou dans une catégorie sociale / des catégories sociales, est celle qui détermine, dans une grande partie, les interprétations des états et des actions de l'individu ou encore les états et les actions collectifs. Ainsi, à un degré où la catégorisation et la classification des individus, des groupes et des objets est une question de perception, les processus sociocognitifs qui se produisent dans le cadre d'une catégorisation sociale sont-ils considérés comme étant nécessaires pour la classification des attributions ? « Nous vivons dans un environnement social en perpétuelle mutation. Beaucoup de choses

qui nous arrivent sont liées aux groupes auxquels nous appartenons ou non, et les relations en perpétuelle mutation entre ces groupes exigent l'adaptation de notre perception à ce qui arrive » (Tajfel, 1981, p. 164). Nous savons que la catégorisation sociale provoque une distinction entre notre groupe et le groupe des l'autre (sociocentrisme ou ethnocentrisme) et que les partialités (erreur fondamentale correspondante au niveau de groupe) semblent être influencées par la nature des relations elles-mêmes entre les groupes sociaux. Par conséquent, « en présence d'un membre d'un groupe auquel je n'appartiens pas, ce que l'on observerait c'est le caractère général (qui caractérise les membres de ce groupe) de ses actes (...) et non sa propre différenciation "personnelle". De la même manière, on localiserait la source chez cet individu des actes à un caractère rationnel, à son appartenance sociale. Enfin, on ferait un lien entre cette dimension "sociale" de l'acte et des significations diverses qui sont fondées sur une représentation plus large dudit groupe. Par conséquent, ladite dimension sera en mesure de fournir des informations supplémentaires par rapport à une caractéristique purement "personnelle". » (Apfelbaum & Herzlich, 1970-1971, p. 975). Nous pouvons, donc, remarquer que le poids de la création d'une attribution de causes est donné par les facteurs sociaux plutôt que par les facteurs intra-individuels ou intragroupes.

Nous pourrions, donc, poser l'intérêt de la conceptualisation de la création des attributions comme un processus socialement marqué (Hewstone, 1989). Et ce, puisque la création des attributions soit elle est inscrite dans le champ de l'interaction sociale, soit elle utilise des informations de nature sociale, soit elle se réfère au groupe d'appartenance d'un individu, soit les attributions elles-mêmes ont un caractère collectif, du fait qu'elles sont partagées par les membres d'un même groupe ou d'une société.

Ce point de vue nous offre la possibilité de réexaminer le sujet des préjugés : au lieu de les penser comme des interprétations simplifiées, nous pouvons désormais les considérer comme le résultat d'un mécanisme de décisions fonctionnant en lien avec une dynamique de rapport social de relations intergroupes. Par exemple, le sujet – observateur peut ignorer certains modes d'interprétations d'un acte d'un membre d'un groupe spécifique, pendant le processus attributionnel. Il s'agit, donc, du cas d'erreur fondamentale d'attribution, vu dans un contexte social sous la dynamique des relations intergroupes. Dans le cadre de notre dispositif expérimental, par exemple, le sujet qui lit le scénario (observateur) choisit plusieurs moyens d'interprétation de la

contamination par le VIH selon ce *que le protagoniste sera* (c'est-à-dire à *quel groupe il appartient* : hétérosexuel ou homosexuel, endogroupe ou exogroupe, homme ou femme). Par conséquent, les crises ne se fondent pas sur les caractéristiques personnelles de Thomas ou de Vlad¹²⁴ (personnalités), mais sur les caractéristiques sociales des deux protagonistes (autochtone *versus* étranger).

Nous observons que, durant le processus de responsabilisation, un poids plus important semble être attribué au rôle social du sujet agissant et non pas à ses caractéristiques personnelles. Même si dans le cas de la cause, l'accent est mis sur les caractéristiques sociales du même acte (*ex.* contact sexuel). Nous avons vu que des appréciations différentes sont observées dans le cas de contamination d'un homme ayant eu un contact sexuel avec un homme et celui d'un homme ayant eu un contact sexuel avec une femme. En effet, le type de rapport sexuel (hétérosexuel ou homosexuel) fait varier les jugements des sujets.

Tant l'identité sociale que les relations endogroupes / exogroupes semblent constituer des variables significatives pour la compréhension de la logique attributionnelle de la responsabilité liée à la contamination par le VIH. On pourrait dire que le risque du VIH vient du « dehors ». C'est l'autre, celui qui est différent, le membre de l'exogroupe, qui donne un sens au « risque » et au « danger ». On est en danger lorsqu'on se trouve hors du groupe d'appartenance. On recourt à l'endogroupe pour trouver la sécurité ; tout contact avec l'endogroupe est caractérisé par l'incertitude, l'insécurité et la peur. C'est une stratégie suivie par une société envers les minorités marginales, aussi bien que par les groupes minoritaires envers la majorité sociale ou envers les autres minorités.

Nous pensons que l'attribution de responsabilité suit la même voie sociocognitive : la responsabilité est attribuée à l'autre, celui qui est différent de moi, celui qui est différent de mes pairs... La responsabilité est aussi liée à cet acte social, ce comportement social ou cette caractéristique sociale qui est considéré(e) comme immoral, dévalorisé, honteux par une société. L'attribution de responsabilité est, en fait, un jugement moral et une « étiquette » qui conduit à la stigmatisation et à l'exclusion d'un groupe social. Dans le contexte du sida, le dangereux (celui qui peut transmettre le virus mortel aux autres) a le visage d'un homosexuel, d'un usager de substances intraveineuses, d'une personne se livrant à la prostitution (souvent, femme

¹²⁴ Prénoms utilisés dans le questionnaire de la deuxième expérience.

et immigrée). Le dangereux est tout individu qui a un système de valeurs différent de celui qui prédomine dans une société donnée.

Reprenons donc, dans cet esprit un extrait du discours d'un de nos interviewés :

« Cette période était très difficile pour le mouvement homosexuel, à cause de l'affaire de Christos Roussos... qui a inspiré "Aggelos", le fameux film... un gars âgé de dix-neuf ans, un travesti prostitué, qui avait étranglé son amant et proxénète, et qui avait été condamné à perpétuité, du temps de la dictature des colonels. C'était une peine très lourde et l'AKOE¹²⁵ avait défendu sa cause, lançant une campagne internationale pour que cette peine raciste soit réduite. Aucune circonstance atténuante n'avait été prise en considération pendant le procès. Le verdict ne serait pas le même s'il n'était pas homosexuel. » MIL05

Nous observons ici comment la responsabilité et la punition sont interprétées par l'interviewé en tant que conséquences de l'appartenance sociale de l'accusé. Les juges n'ont pas tenu compte des caractéristiques personnelles de l'accusé (*ex.* sa bonne conduite passée, sa repentance etc.), mais ont fondé leur verdict sur ses caractéristiques sociales (appartenance à un groupe discrédité).

Nous devons admettre, donc, que le même fait conduit à un grand nombre d'interprétations. Par conséquent, nous pouvons penser que le fait de déterminer si l'attribution est interne ou externe pourrait être d'une importance mineure par rapport à l'intérêt de saisir à qui s'adresse cette interprétation, quelles sont les relations des groupes du juge et de la personne jugée ou, encore, quelle est l'attitude qu'attend la société du juge, en raison de l'axe moral du cadre. L'attribution renvoie, dans ce cas, à un « traitement socialisé » (Augoustinos, 1990, p.50), étant donné que chaque société dispose de son propre système d'interprétations (Hewstone, 1989), qui impose à ses membres, par différents mécanismes, la reproduction de l'ordre social. En conclusion, les attributions sont « sociales » parce que : a) elles s'appuient sur des mécanismes de catégorisation, b) elles servent les objectifs des groupes, c) elles sont créées et développées sur la base de l'interaction entre les membres du groupe et entre les groupes, d) elles maintiennent l'identité sociale du groupe d'appartenance.

La prise en compte des rôles et des rapports sociaux dans un modèle d'analyse des attributions de responsabilité promouvrait : a) une considération cohérente des significations alternatives autour de la question de la responsabilité elle-même, b) une approche psychosociale conformément aux règles actuelles qui sont suivies dans

¹²⁵ Mouvement pour la libération des homosexuels de Grèce

l'évaluation des personnes majeures, et c) une opportunité chez les chercheurs en sciences sociales d'étudier la dichotomie observée entre les rôles de l'autorité et ceux perçus comme étant ceux des subordonnés.

Sur ce point, nous tenons à souligner que les observations de leurs activités et de leurs résultats, le choix des informations et le repérage des causes, les relations de cause à effet, sont équivalents à une représentation d'un individu ou d'un groupe. Par conséquent, l'analyse des structures causales qui sont communes aux membres d'une société, conduisent à un niveau d'analyse des représentations sociales de cet ensemble social. Comme l'a remarqué Moscovici (1984, p. 51) « ...la causalité elle-même n'existe pas, elle vit à l'intérieur de la représentation qui la soutient ». Nous procédons, donc, à une distinction entre la pensée savante, qui recherche une connaissance objective et rationaliste, et la pensée profane que conduisent les facteurs liés aux relations sociales et aux valeurs morales (Moscovici & Hewstone, 1984).

Par conséquent, nous avons situé notre problématique autour de la responsabilité dans une perspective des représentations sociales. Pour nous, l'attribution de responsabilité est une façon de donner du sens, d'expliquer, de construire la réalité psychosociale à partir d'une évaluation normative, en faisant appel aux normes, aux codes, aux règles et aux valeurs prédominantes qui constituent des éléments stables dans un contexte d'incertitude. La responsabilité ne constitue pas une donnée objective : il existe une sélection et une construction sociale de la responsabilité à travers lesquelles celle-ci est « moralisée » et « politisée ». Pour tenter d'attribuer la responsabilité, chacun dispose des ressources diverses : informations, observations et expériences (Paicheler, 1998).

Notre certitude est que la responsabilité n'est pas figée simplement dans le temps et dans la structure, ni qu'elle constitue un processus cognitif d'une logique logicielle ; elle se construit davantage dans une dynamique spatiotemporelle et interactionnelle complexe, qui engage les groupes qui y participent.

La psychologie sociale n'est pas une science « fermée ». Au contraire, grâce à sa position dans l'interface entre la psychologie et la sociologie, elle facilite le développement des liens avec différents secteurs scientifiques, en entreprenant la compréhension des phénomènes sociaux complexes et la réponse aux exigences sociales modernes. Nous croyons, en accord avec le point de vue de Moscovici, que la psychologie sociale n'est pas une, mais que le terme de « psychologies sociales » (au pluriel) correspond mieux à la réalité scientifique. De façon similaire, dans le cas

de la responsabilité, il est préférable que nous parlions de « responsabilités » (au pluriel), puisque la responsabilité ne constitue pas, comme nous l'avons souligné plus haut, un phénomène statique, une notion stable et invariable, mais, au contraire, elle constitue un phénomène fluide et variable, en pleine dynamique. Nous pourrions prétendre qu'il existe un « spectre de la responsabilité », une échelle graduée (comme celle utilisée dans les questionnaires), évoluant de la responsabilité nulle jusqu'à la responsabilité absolue, qui est influencée par divers facteurs, entre autres, celui de l'identité sociale et de l'intégration dans un groupe. D'ailleurs, en psychologie sociale, les phénomènes ne sont pas analysés avec « oui ou non », « vrai ou faux », « vérité ou mensonge », mais en enregistrant les variations des répliques et des sujets.

Le développement d'une psychologie sociale des responsabilités aurait beaucoup à offrir, tant au niveau théorique qu'au niveau pratique. Nous avons déjà mentionné l'importance de la signification de la notion de responsabilité dans la vie humaine et dans l'organisation sociale. Nous croyons que, la création d'une psychologie sociale des responsabilités pourrait offrir une connaissance approfondie de ce phénomène, tant au micro-niveau qu'au macro-niveau, en synergie avec différentes sciences (la sociologie, l'anthropologie, les sciences de l'éducation, le droit, l'économie etc.) et diverses branches de la psychologie (psychologie cognitive, psychologie différentielle, psychologie interculturelle, psychologie politique etc.). S'il nous est permis de définir un tel secteur, nous dirions que le sujet d'une psychologie sociale des responsabilités consisterait en : « une étude avec des moyens qualitatifs et quantitatifs des procédures de traitements des informations qui conduisent à l'expression des jugements, dans un cadre sociopolitique concernant l'attribution de la responsabilité, de l'accusation et de la punition, la recherche de corrélations et d'équivalences entre les facteurs sociaux, comme la catégorisation sociale, l'identité sociale, les rôles sociaux, les relations intergroupes, les interactions sociales, les normes et les valeurs, les attitudes (acceptation *versus* rejet, acceptation *versus* exclusion) face à des individus et des groupes pour un acte déviant ou / et dévalorisé ».

8.3. Des principes aux pratiques : une approche dynamique

Plusieurs définitions de la psychologie sociale appliquée (PSA) ont été offertes (*ex.* Kidd & Saks, 1980 ; Mayo & Lafrance, 1980 ; Fisher, 1982). À notre avis, la définition la plus utile est celle d'Oskamp (1984), selon laquelle, la PSA se définit

comme « l'application de méthodologies, théories, principes et des résultats de recherches en psychologie sociale à la compréhension ou la résolution de problèmes sociaux » (Oskamp, 1984, p.12). Donc, la définition identifie clairement que le but de la PSA consiste à solutionner un ou plusieurs problèmes sociaux spécifiques.

Dans le cadre du sida, quel pourrait être le champ d'intervention de la PSA ? Sans doute, depuis l'apparition du sida, un des plus grands défis pour les sciences sociales et, en particulier, pour la psychologie sociale, était (et persiste toujours) le changement de comportement des sujets pour : a) prévenir la contamination par le VIH et b) mieux accepter socialement les séropositifs et les malades. Puisque le sida constituait et continue à constituer, malgré les progrès de la science médicale, une maladie incurable, puisque aucun vaccin ou médicament n'est disponible, le seul moyen de protection de l'individu de l'infection et le seul moyen de contrôle de la propension du virus dans la société était, et continue à l'être, l'utilisation du préservatif pendant l'acte sexuel. Ainsi, l'objectif principal de la recherche sociale était l'étude de la connaissance de la population sur les moyens de contamination du sida et des pratiques sexuelles des sujets. Une série d'études basées sur l'approche KABP ont été mises en place, donc, en s'appuyant sur la logique du « vrai ou faux ». Toutefois, il est vite apparu qu'un niveau élevé de connaissances concernant les moyens de contamination ne signifiait pas, pour autant, l'adoption des comportements sexuels responsables (usage du préservatif) ou l'acceptation des personnes atteintes du VIH/sida. C'est-à-dire, bien que les individus semblent connaître les moyens de contamination à un niveau satisfaisant, leurs comportements sexuels, mais, aussi, leurs attitudes envers les malades n'étaient pas équivalents au niveau de leurs connaissances. Et ceci parce que, comme il a été prouvé, les individus n'agissent pas toujours de manière rationnelle, divers facteurs influant sur la configuration et sur l'expression des attitudes et des comportements.

Comme nous l'avons vu dans les expériences que nous avons réalisées, les représentations des sujets par rapport au sida impliquent deux dimensions de construction : a) la contagiosité et b) la transmissibilité. Ces deux modèles qui interprètent le comportement du sujet face à la personne atteinte « contagiosité et déni d'interaction avec une personne séropositive » *versus* « transmissibilité et acceptation d'interaction avec une personne séropositive », conduisent à la nécessité d'un réexamen attentif de la peur de la personne par rapport à la maladie en soi et la peur de la personne d'interagir avec un malade du sida. Bien que la crainte de la maladie

elle-même soit liée davantage à l'importance du danger (ce que Sim [1992] appelle « magnitude », c'est-à-dire à quel degré la maladie est menaçante pour la vie ou incurable), la peur de l'interaction avec un malade est fonction de la possibilité (ce que Sim [1992] appelle « probability », c'est-à-dire la facilité ou la difficulté pour le sujet d'être contaminé à cause de son rapport avec le malade). Les individus qui considèrent le sida comme une maladie contagieuse sont convaincus que le virus du sida se transmet par le contact social ; ils considèrent, donc, la possibilité élevée. Par conséquent, la perception de la probabilité ne dépend pas uniquement de l'information, parce que, dans le cas contraire, les personnes devraient considérer le faible risque de transmission du virus, conformément aux directives officielles des organisations internationales pour la santé, selon lesquelles le sida ne se transmet pas par le contact social. Que se passe-t-il, par contre, quand les individus résistent aux informations officielles et perçoivent différemment la possibilité ? Nous croyons que, dans ce cas, ce sont les normes, les valeurs morales et les règles qui déterminent le niveau d'acceptation, qui, à son tour, conduit à une réinterprétation de l'importance et de la possibilité, ce que Sim nomme « subjective response » (réaction subjective). Notre conviction émane d'une observation issue de nos recherches expérimentales : les sujets ayant une conception contagionniste du sida, adoptaient, à un degré plus élevé, des attitudes d'exclusion envers les personnes qui étaient infectées par un mode de vie dévalorisé (séropositif usager de substances) ou étaient membres de l'exogroupe (séropositif étranger). Par conséquent, l'approche contagionniste semble se trouver en interaction avec les normes et la morale prédominante, en réapprovisionnant l'un et l'autre.

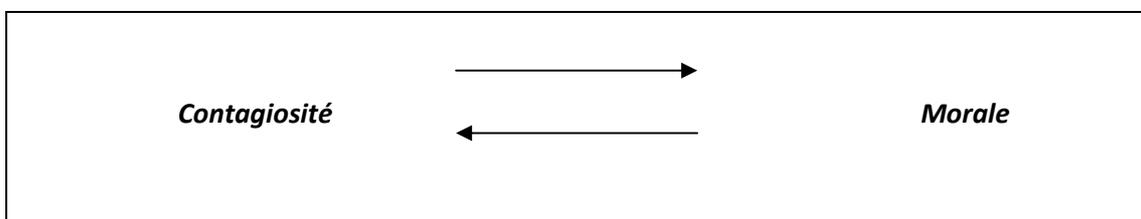


Schéma 8.1 : Approche contagionniste et morale

8.3.1. Intervention et intégration théorique : appliquer, mais quelle théorie ?

Le concept de responsabilité personnelle concernant les stratégies préventives du VIH est très complexe. Une meilleure compréhension des idées liées à la responsabilité possède le potentiel d'augmenter l'efficacité des interventions de prévention du sida.

Comme nous l'avons remarqué ci-dessus, l'objectif de la PSA est de résoudre un certain problème social par le biais d'une intervention. L'accent est mis, donc, sur le problème et non sur la théorie (Vallerand, 1985). Cependant, l'intégration de l'intervention dans un cadre théorique est indispensable pour la compréhension d'un problème spécifique et conduit à des interventions d'une efficacité optimale. Divers modèles théoriques sont développés pour le contrôle de l'épidémie du sida.

Dans notre démarche, nous avons utilisé le modèle théorique des représentations sociales. Nous proposons un travail sur les représentations puissent qui s'inscrit à l'intérieur d'une approche de « cognitions sociales » (social cognition) comme l'a développé Wyer (1981). Une telle perspective pourrait permettre de comprendre quel type d'attribution sera le plus susceptible d'être émis et quand. Lorsqu'on connaît la représentation sociale d'un objet donné, on connaît également l'attitude manifestée par les gens envers l'objet lui-même, de sorte que l'on peut anticiper le comportement des gens.

Cette étude montre que les représentations sociales constituent un outil diagnostique d'analyse pertinente qui identifie les catégories sur lesquelles les personnes se basent pour légitimer leurs attributions et leurs attitudes.

En termes de stratégie et de positionnement auprès des personnes touchées par le sida, elles permettent aux responsables de santé publique d'orienter ou d'adapter leur politique afin d'atteindre une efficacité optimale, en tenant compte des caractéristiques socioculturelles des groupes visés.

Le recours à des représentations sociales comme outil d'identification et de différenciation des attitudes face aux personnes contaminées ou vulnérables, dans un cadre socioculturel donné, enrichit les approches sur l'analyse stratégique des interventions préventives.

Cette perspective de recherche rejoint les préoccupations stratégiques des décideurs (decision makers), centrées autour des problématiques liées à l'identité,

l'appartenance ; en outre, elles pourraient être utilisées à l'étude des attitudes face à d'autres maladies (ou situations sociales) stigmatisantes et précaires.

Notre travail a montré d'une part, l'influence des représentations préexistantes relatives à la maladie et, d'autre part, l'effet des variables, comme le mode de vie et le groupe d'appartenance, sur le processus de responsabilisation des malades. Les sujets s'habituent au risque de contamination du sida quand celui-ci est lié à des comportements socialement acceptables. Au contraire, quand le risque de contamination est lié à des comportements sociaux dépréciés (homosexualité, usage de drogues), les sujets prennent de la distance. En outre, les sujets tendent à s'habituer au risque quand celui-ci est lié à l'endogroupe et non quand il est présenté comme une donnée de l'exogroupe. À notre avis, ces éléments nous permettent de réaliser des interventions de prévention et de promotion de la santé plus efficaces. Dans la conception des programmes de prévention contre le sida, nous devons échapper à la logique technocratique et nous devons prendre en considération les interprétations éthiques de la maladie. Comme nous l'avons précité, trente ans après l'apparition du sida, le stigmate reste fort. Par contre, le stigmate du sida est lié à des stigmates préexistants. Les revues bibliographiques ont montré que certains stigmates sont considérés comme étant plus « contrôlables » que d'autres et, par conséquent, les individus stigmatisés sont considérés comme étant plus responsables du fait de ces stigmates. La confrontation de ce stigmate du sida se trouve en interdépendance avec la confrontation des stigmates régionaux. En luttant contre le stigmate de l'homosexuel, de l'utilisateur de drogues, de la prostitution, mais, également, contre le stigmate racial ou ethnique, nous luttons contre le stigmate du sida. En renforçant l'identité des minorités vulnérables, d'une part, et en cultivant un climat de tolérance et de respect, d'autre part, nous croyons que nous pouvons réussir la réduction du stigmate et de la vulnérabilité associée à celui-ci.

8.3.2. Le milieu scolaire : domaine prioritaire d'applications

Les enseignants de tous les degrés peuvent jouer un rôle stratégique dans les interventions concernant les sujets liés au sida, en particulier ceux de l'enseignement primaire, car pendant l'âge infantile se forment les attitudes et les convictions, qui – selon les données de la psychologie sociale – changent difficilement. Tant dans le cadre de l'éducation à la citoyenneté que dans le cadre de l'éducation pour la santé, le

rôle social de l'enseignant – en tant que guide, animateur et médiateur – consiste à promouvoir les relations interpersonnelles et intergroupes, contribuant à la paix civile et à la justice sociale. En outre, il contribue de manière déterminante à la configuration du système de valeurs des élèves (expression de tolérance sociale et de solidarité à l'égard des individus et des groupes vulnérables), ainsi qu'à la formation de citoyens responsables. Le sujet de la « responsabilité » (ou de la prise en charge de la responsabilité) est désormais considéré comme un des sujets majeurs des sciences de l'éducation. Pour que nous enseignions la responsabilité à nos élèves, nous devons d'abord savoir par quel moyen nous procédons aux attributions. D'autre part, une valeur particulière est attribuée aux attributions des enseignants eux-mêmes, qui sont exprimées par l'évaluation (connaissance et comportement) des élèves, l'un de leurs devoirs professionnels. Par conséquent, pour la formation universitaire des futurs enseignants et pour la formation continue, nous recommanderions l'enseignement de la psychologie sociale, théorique et appliquée, en général et, plus spécialement, des théories des représentations sociales et des attributions, pouvant servir comme des outils diagnostiques et interventionnistes utiles dans l'activité éducative. Plus précisément, la formation sur les représentations et les attributions pourrait se concentrer sur l'auto-découverte (self-discovery) des perceptions négatives de la part des enseignants et proposer des moyens pour réduire la responsabilité et les jugements de désapprobation, en particulier, dans le domaine éducatif.

Les psychologues scolaires peuvent jouer un rôle d'importance stratégique dans la planification et la mise en œuvre des interventions pour le sida dans l'environnement scolaire. Les attributions des enseignants envers les enfants et les adolescents atteints du sida doivent être une préoccupation majeure des psychologues scolaires. Selon les prévisions des scientifiques, le VIH/sida sera l'un des problèmes de santé les plus importants du XXI^e siècle et les interventions réussies, dans l'univers scolaire, en rapport avec l'infection du sida doit inclure l'enseignant de tout enfant. Par conséquent, il est important d'évaluer les facteurs qui influencent les jugements des enseignants concernant leurs élèves atteints du VIH/sida. Plus précisément, les psychologues scolaires au lycée doivent tenir compte du degré de responsabilité que les enseignants attribuent à un élève séropositif, qui probablement peut varier selon le mode d'infection de l'élève adolescent (transmission verticale, par transfusion, par l'usage de substances intraveineuses ou par une relation homosexuelle). En outre, une importance particulière doit être portée à l'étude des attitudes des enseignants envers

les élèves dont les parents ou l'un des deux parents appartiennent à un groupe stigmatisé en ce qui concerne le sida. Influencent-elles et à quel degré les jugements moraux des enseignants pour le mode de vie des parents et comment celles-ci s'expriment et s'actualisent dans leur rapport à l'élève ?

Un accent particulier doit être mis sur l'information et sur la sensibilisation des enseignants au sujet de la sexualité. Selon certains de nos interviewés, les enseignants, travaillant dans des structures d'éducation pour la santé, sont considérés de façon ambivalente :

« Ils sont plus hésitants à parler de relations entre les sexes, d'éducation sexuelle... en général ils sont plus hésitants là, peut-être parce qu'ils ne connaissent pas le sujet, c'est-à-dire ils ne se sentent pas très sûrs d'eux, et ne veulent donc pas le traiter. » ADM03

« Ils ont du mal à gérer ces affaires (la sexualité et l'homosexualité) dans la classe... ils pensent qu'il y aura peut-être des réactions de la part des parents, de divers milieux conservateurs de la société locale... »ADM04

« Ils considèrent (l'éducation sexuelle) comme quelque chose de très embarrassant. Personne ne veut prendre ce risque. Pour qu'un programme d'éducation sexuelle soit mis en place, on doit chercher un professeur, un enseignant, un bénévole... mais, il est très difficile de trouver quelqu'un pour prendre la relève. » ADM07

D'après les propos rapportés ci-dessus, il devient évident qu'il y aurait une difficulté de la part des enseignants de gérer des sujets qui touchent à la sexualité en général et à l'homosexualité en particulier. Il serait utile de mener des recherches qui examineraient les représentations et les attitudes des enseignants en ce qui concerne le sujet de l'homosexualité, ceux-ci pouvant être confrontés à un élève homosexuel dans l'enseignement secondaire, à un petit garçon efféminé dans l'enseignement primaire ou à un enfant qui appartient à une famille homoparentale¹²⁶. Les attitudes négatives des enseignants envers ces élèves, nuiraient, sans aucun doute, à leur adaptation scolaire et encourageraient indirectement la violence envers ceux-ci (harcèlement). Au contraire, les enseignants qui font preuve de compréhension aux différentes

¹²⁶ L'une des principales revendications du mouvement homosexuel aujourd'hui dans les pays occidentaux est la possibilité, pour un couple du même sexe, d'avoir un enfant. Déjà, dans certains pays comme les Pays-Bas, la Belgique, l'Espagne, le Royaume-Uni, l'homoparentalité est reconnue par la loi, tandis qu'en France les parents du même sexe se sont organisés en syndicats. À l'avenir, une augmentation sensible du nombre de parents du même sexe est prévue et les enseignants sont tenus à s'adapter aux nouvelles circonstances (cf. Papathanasiou, 2005b).

expressions de la sexualité humaine pourraient servir la cause des interventions scolaires à la fois en ce qui concerne le sida et la lutte du stigmatisme de l'homosexualité, en soutenant et en fortifiant leurs élèves vulnérables. Pour ces raisons, les interventions sur l'information et la sensibilisation des enseignants sont jugées indispensables dans toutes les échelles éducatives (de la maternelle jusqu'au lycée), pour des sujets de diversité au sens large.

Enfin, la réalisation de recherches supplémentaires est jugée indispensable, car nous pensons qu'elle pourrait contribuer à une meilleure compréhension de la complexité de la construction de la responsabilité dans le cadre du sida, visant à intégrer les personnes atteintes du VIH/sida d'une part et l'application d'interventions de prévention plus efficaces, d'autre part. Ci-dessous nous présentons les principales limites de notre travail et nous mentionnons quelques suggestions pour les efforts de recherches futures dans le domaine de la construction sociale de la responsabilité.

8.4. Limites et ouvertures

Tout d'abord, dans l'interprétation des résultats de cette recherche, il faut garder à l'esprit que les données ont été obtenues à partir d'une population étudiante. Nos deux expérimentations portent sur les attitudes et les attributions faites par des futurs enseignants et non pas par des enseignants actuellement en fonction. En outre, l'échantillon de notre recherche est constitué par des enseignants qui travailleront dans l'enseignement primaire, plutôt que dans l'enseignement secondaire. Ce sont des éléments qui peuvent, donc, limiter la généralisation de nos résultats.

En outre, il faut souligner que les résultats des recherches menées dans le champ des sciences humaines et sociales portent souvent sur des données déclaratives et des intentions des sujets ; donc, ces données ne sont pas tout à fait fiables, peut-être, pour prédire la manière dont les sujets vont se comporter lorsqu'ils sont effectivement confrontés à des personnes contaminées par le VIH. Dans notre cas, la méthodologie utilisée ne peut refléter le comportement réel des participants dans leur activité scolaire. Des futures recherches sur ce thème pourraient se focaliser sur les relations scolaires (*ex.* le protagoniste du scénario sera un élève, un parent ou un autre

enseignant – collègue), en examinant l'effet des variables utilisées dans cette étude (genre, endogroupe / exogroupe, mode de vie – mode de contamination).

Par ailleurs, une évaluation des résultats obtenus par des échantillons non-étudiants¹²⁷ en utilisant une variation des méthodes et une approche comparative (*ex. sida versus* maladie non-stigmatisante) permettrait d'avancer considérablement au niveau de la compréhension de la question soulevée par nos recherches.

Dans les recherches expérimentales, nous nous sommes proposés d'analyser le rôle des variables comme le genre et la religion. Nous estimons indispensable d'approfondir cette analyse et d'étudier également le rôle d'autres variables au-delà de ces deux, comme les opinions politiques et l'orientation sexuelle des sujets.

Il serait également intéressant, dans un effort futur, d'étudier le degré d'influence du caractère collectif de l'acte (qui caractérise tous les membres du groupe) et de la différenciation personnelle de l'individu. Par exemple, dans le cas d'un homme séropositif homosexuel, le poids de l'attribution de causes est fonction du caractère général de l'acte (acte sexuel entre deux hommes) ou de son comportement personnel. Donc, notre jugement aurait-il été différent face à un homme homosexuel qui a été infecté par le sida alors qu'il utilisait un préservatif (mais qui s'est troué), par rapport à un homme homosexuel qui a été infecté par le sida parce qu'il ne prenait pas de précautions ?

Une étude comparative des représentations des séropositifs et des séronégatifs – isolés ou au sein d'un couple discordant – nous semble utile pour avancer le travail sur la construction sociale de la responsabilité dans le contexte de transmission / contamination par le VIH. À qui le séronégatif attribue-t-il la responsabilité de la protection ? Quels sont les modèles (patterns) d'attribution de la responsabilité dans un couple dont l'un est séropositif et l'autre séronégatif ?

¹²⁷ Toutefois, les données relatives à l'importance de la contagiosité et de l'identité / appartenance sociale dans la pensée sur la maladie semblent similaires à celles obtenues auprès des populations non universitaires (*cf.* Turk et al., 1986 ; Bishop, 1989).

Tant dans la présente recherche avec les acteurs¹²⁸ que dans les recherches qualitatives antérieures¹²⁹, nous avons remarqué que les interviewés procédaient à un « rappel de mémoire » pour parler de leur expérience en ce qui concerne le sida (autrefois, au début de l'épidémie, et aujourd'hui, à l'ère des multithérapies) qui faisait du sida une réalité psychosociale partagée par les membres du même groupe. Selon nous, la psychologie sociale ne s'est pas encore suffisamment préoccupée de la question de la mémoire sociale, de la mémoire à un niveau collectif. Comme il a été prouvé, la mémoire assure aux personnes la continuité, révèle des éléments de l'identité du groupe et agit sur son avenir. Puisque, certaines fois, le passé du groupe comprend des événements douloureux, comme l'est une épidémie stigmatisée, son acceptabilité se présente comme une démarche pénible. C'est pour cela que les personnes / groupes ont développé des stratégies de restrictions, pouvant être utilisées pour « changer » cette partie du passé qui pose problème, qui leur fait mal. Comment donc est formée l'histoire du sida ? Pouvons-nous parler *de l'histoire* du sida ou *des histoires* du sida, structurées différemment selon le groupe qui raconte les événements et sa place dans la société ? Les structures d'histoires en ce qui concerne le sida, sont-elles les mêmes dans le discours des hommes homosexuels et des hommes hétérosexuels ? La gestion de la mémoire du sida par la communauté homosexuelle (ou / et par d'autres groupes stigmatisés), d'une part, et des professionnels de la santé dans le domaine du sida, d'autre part, constituent d'excellentes problématiques qui pourraient préoccuper les scientifiques en sciences sociales dans l'avenir, offrant des possibilités de recherches originales dans le domaine de la psychologie sociale. En outre, l'interaction entre la mémoire, la représentation et les attributions présente également un intérêt particulier de recherche. Sur ce point, nous devons souligner les ressemblances frappantes de la compatibilité de Barlett (1932) tant avec la genèse sociale des représentations sociales (objectivation et ancrage) qu'avec le processus attributionnel, comme le décrit Allport et Postman (1947), dans le cas des rumeurs.

¹²⁸ Comme nous l'avons vu dans la préface de cette recherche, la médecin interviewée structure le sida comme un phénomène social à travers ses souvenirs personnels à New York Memorial Hospital, dans les années 1980. En outre, les interviewés venant du domaine médical et ayant travaillé avec des malades du sida, avaient souvent recours à des souvenirs du temps de leur travail clinique avec ceux-ci (« je me rappelle que... », « naturellement je n'oublierais pas... », « un moment très fort dans ma carrière ... », « je me le rappelle, c'est comme si je l'avais devant moi... ») et leurs souvenirs constituaient des exemples, afin d'argumenter et de soutenir leur opinion.

¹²⁹ Cf. Papathanasiou, 2001a, 2006b ; Papathanasiou & Agrafiotis, 2005.

Comment les représentations sur le sida influencent-elles le rappel et la reconnaissance ? Quelle est l'effet de la mémoire sur les attributions causales ? Selon les expériences que nous avons menées, les attitudes des sujets envers les personnes atteintes du VIH/sida sont influencées par leurs représentations préexistantes concernant la nature de la maladie (contagieuse *versus* transmissible). D'ailleurs, les représentations préalables sur les groupes affectés influencent-elles le traitement de l'information technique sur les modes de transmission du sida ? Il faudrait vérifier si les sujets sélectionnent l'information qui est congruente avec leur représentation préexistante et s'ils introduisent des distorsions dans la mémorisation des informations qui sont incompatibles avec des représentations afin de lever les contradictions.

* * *

Notre travail avait pour objectif de nous éclairer sur la responsabilisation des personnes contaminées par le VIH dans le contexte grec d'un point de vue psychosocial. Nous tenons à croire que nous avons réussi à identifier, par le biais de différentes illustrations empiriques, quelques uns des facteurs qui interviennent dans la dynamique sociocognitive d'attribution de responsabilité. Désormais, notre ambition est que les réponses que nous avons apportées donneront naissance à des nouvelles questions et que cette étude deviendra le point de départ d'une série d'autres recherches originales et innovantes, qui vont conduire à une meilleure et plus profonde compréhension de la manière dont les êtres humains *jugent* et *sont jugés* dans ce monde dans et par les confrontations à des maladies socialement marquées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abric, J.C. (1976). Jeux, conflits et représentations sociales. *Thèse d'État*. Aix-en-Provence, Université de Provence.
- Abric, J.C. (1994a). Les représentations sociales : aspects théoriques. Dans J.C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.
- Abric, J.C. (1994b). Méthodologie de recueil des représentations sociales. Dans J.C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 59-82). Paris : PUF.
- Adam, P. (1993). Expérience intime et action collective. *Informations sociales, Sida : état des lieux*, 32, 76-84.
- Adam, Ph. & Herzlich, C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Éditions Nathan.
- Adkins, A.W.H. (1960). Merit and Responsibility. *A Study in Greek Values*. Oxford: Oxford University Press.
- Aggleton, P. (1995). *Three phases in psychosocial research on HIV and AIDS*. IV European Congress of Psychology. Athens, 2-7/7.
- Agrafiotis, D. (1991). Société grecque et sida. Dans *Expérience et activité en Grèce. Quoi de neuf pour le sida ? Perspectives et cogitations ambiguës* (pp. 27-32). 3ème Congrès Panhellénique / Société hellénique d'étude et de lutte contre le sida. Athènes : Éditions VITA. (ouvrage en grec).
- Agrafiotis, D. (1996). *Tendances de la recherche sociale pour le sida : Volume spécial*. 7ème colloque panhellénique. Athènes. (traduit du grec).
- Agrafiotis, D. et coll. (1997). *Sida : Ombre transversale*. Athènes : Éditions Ypsilon. (ouvrage en grec).
- Agrafiotis, D., Ioannidi, E., Mandi, P. (1999). HIV prevention in Europe: a review of policy and practice. The Greek case. *Research Monograph, 19*. Sociology of Health and Illness, Department of Sociology, National School of Public health. (ouvrage en grec).
- Ainlay, S.C., Becker, G., Coleman, L.M. (Eds.) (1986). *The Dilemma of Difference: A Multidisciplinary View of Stigma*. New York: Plenum Press.
- Albert, E. (1986). Acquired immune deficiency syndrome: the victim and the press. *Studies in Communication*, 3, 135-158.
- Alimpranti-Maratou, L. (1999). *La famille à Athènes: Modèles familiales et pratiques conjugales*. Athènes: Centre national des recherches sociales. (ouvrage en grec).
- Allport, G.M. & Postman, L.J. (1947, 1952, 1958). The basic psychology of rumor. In E.E. Maccoby, T.M. Newcomb & E.L. Hartley (Eds.), *Readings in Social Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Almond, B. (Ed.) (1990). *AIDS – A Moral Issue: The Ethical, Legal and Social Aspects*. London: The Macmillan Press Ltd.
- Anspach, R. (1979). From stigma to identity politics. *Social Science and Medicine*, 13A, 765-773.

- Antaki, C. & Fielding, G. (1981). Research on ordinary explanation. In C. Antaki (Ed.), *Analysing everyday explanation*. London: Sage.
- Antonopoulou, C. (1999). *Sexualité humaine*. (ouvrage en grec).
- Apfelbaum, E. & Herzlich, C. (1970-1971). La théorie de l'attribution en psychologie sociale. *Bulletin de Psychologie*, XXIV(293), 961-976.
- Apostolidis, T. (1994). Représentations sociales de la sexualité et du lien affectif : la logique relationnelle des comportements sexuels et la prévention du sida. Dans M. Calvez, G. Paicheler, Y. Souteyrand (Eds.), *Connaissances, représentations, comportements : Sciences sociales et prévention du SIDA* (pp. 77-85). Paris : Documents de l'ANRS/Coll, Sciences Sociales et sida.
- Apostolidis, T. (1998). Penser le rapport au sexuel à l'époque du sida. Représentations sociales de la sexualité dans une population de jeunes adultes en France et en Grèce. *Thèse de Doctorat*. Paris : EHESS.
- Apostolidis, T. (2006). Représentations Sociales et Triangulation : Une Application en Psychologie Sociale de la Santé. *Psicologia : Teoria e Pesquisa*, 22(2), 211-226.
- Apostolidis, T. & Cordival, S. (1995). Représentations sociales et attitudes à l'égard des personnes séropositives en fonction du mode de contraction de la maladie. *Rapport de recherche du LPS*. EHESS Paris.
- Aron, J.-P. (1988). *Mon sida*. Paris : Christian Bourgois.
- Augé, M. (1974). *La construction du monde*. Paris : Maspero.
- Augé, M. (1984). Ordre biologique, ordre social : la maladie forme élémentaire de l'événement. Dans M. Augé & C. Herzlich (Eds.), *Le sens du mal, Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*. Paris : Éditions des archives contemporaines.
- Augé, M. & Herzlich, C. (Eds.) (1984). *Le sens du mal. Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*. Paris : Éditions des archives contemporaines.
- Augoustinos, M. (1990). The mediating role of representations on causal attribution in the social world. *Social Behaviour*, 5, 49-62.
- Bagley, C. & Tremblay, P. (1997). Suicidality problems of gay and bisexual males: Evidence from a random community survey of 750 men aged 18 to 27. In C. Bagley & R. Ramsay (Eds.), *Suicidal Behavior in Adolescents and Adults* (pp. 177-193). Aldershot, England: Ashgate.
- Barbot, J. (2002). *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris : Balland.
- Bartlett, F.C. (1932). *Remembering. A study in experimental and social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Batson, C.D. (1975). Attribution as a mediator of bias in helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 455-466.
- Baudry, P. (1996). Le spectacle de la pornographie. *Ethnologie française*, 2, 302-308.
- Beck, U. (1992). *Risk Society. Towards a New Modernity*. London: Sage Publications.
- Becker, H.S. (1985). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris : A.M. Métailié.

- Bellaby, P. (1990). To risk or not to risk? Uses and limitations of Mary Douglas on risk-acceptability for understanding health and safety at work and road accidents. *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 119(4), 465-483.
- Benoist, J. (ed.) (1996). *Soigner au pluriel, Essais sur le pluralisme médical*. Paris : Karthala.
- Berkman, L.F. & Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Berridge, V. (1996). *AIDS in the UK-The Making Policy: 1981-1994*. Oxford: University Press.
- Bez, G. (1993). Médias et sida. L'expérience française. Sous la direction de G. BEZ et C. JASMIN, *Cancer, sida et société. Pour une approche globale de la santé*. Paris : ESF éditeur.
- Bishop, J.H. (1989). Why the apathy in American high schools? *Educational Researcher*, 18, 6-10.
- Bishop, G.D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In J. Skelton, R. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness* (pp. 32-39). New York: Springer-Verlag.
- Bishop, G.D. (2000). Les prototypes de la maladie : nature et fonctions. Dans G. Petrillo, *Santé et société. La santé et la maladie comme phénomènes sociaux* (pp. 45-66). Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Blanchet, A. & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan.
- Blanchet, G. & Blanchet, A. (1994). Interactional Effects of the Environment on the Interview. *European Journal of Psychology of Education*, IX(1), 41-53.
- Bloor, M. (1995). HIV-related Risk Behavior among International Travelers: An Overview. In D. Fitzsimons, V. Hardy and K. Tolley (Eds.), *Socio-Economic Impact of AIDS in Europe* (pp. 189-197). London: Cassell.
- Bloor, M. (1995). *The Sociology of HIV Transmission*. London: Sage.
- Bochner, S. & Insko, C. (1966). Communicator Discrepancy and Opinion Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(6), 614-621.
- Bonardi, C. (2009). Pensée sociale et théories de l'attribution. In N. Roussiau (ed.), *Psychologie sociale* (pp. 189-210). Athènes : Ellinika Grammata. (ouvrage en grec).
- Borkan, J.M. (2004). Mixed methods studies: a foundation for primary care research. *Annals of Family Medicine*, 2(1), 4-6.
- Bourdieu, P. (1982). Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques. Paris : Fayard.
- Bourdelaïs, P. (1989). Contagions d'hier et d'aujourd'hui. *Sciences sociales et santé*, VII(1), 7-20.
- Bozon, M. (1999). Les significations sociales des actes sexuels. *Actes*, 128, 3-23.
- Brandt, A.M. (1985). *No Magic Bullet*. Oxford: Oxford University Press.

- Brendstrup, E., Schmidt, K. (1990). Homosexual and Bisexual Men's Coping With the AIDS Epidemic: Qualitative Interviews With 10 Non-HIV-Tested Homosexual and Bisexual Men. *Social Science and Medicine*, 30(7), 13-720.
- Broring, G., Canter, C., Schinaia, N., Teixeira, B. (2003). Access to care: Privilege or Right?. *Migration and HIV Vulnerability in Europe*. Woerden: NIGZ.
- Bruchon-Schweitzer, M. & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF.
- Buss, A.R. (1978). Causes and reasons in attribution theory: a conceptual critique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1311-1321.
- Canguilhem, G. (1943). Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique. Réédité sous le titre *Le Normal et le Pathologique*, augmenté de *Nouvelles Réflexions concernant le normal et le pathologique* (1966), 9^e rééd. Paris : PUF/Quadrige, 2005.
- Canguilhem, G. (1990). *La Santé, concept vulgaire et question philosophique*. Sables : Pin-Balma.
- Canguilhem, G. (2002). *Écrits sur la médecine*. Paris : Éd. du Seuil, Coll. «Champ freudien».
- Cattacin, S. & Panchaud, C. (1997). *Les politiques de lutte contre le VIH/sida en Europe de l'Ouest. Du risque à la normalisation*. Paris : L'Harmattan.
- Centlivres, P., Fabre, D., Zonabend, F. (Ed.). (1999). *Textes réunis par Voisenat C. et Julien E., La fabrique de héros, Mission du Patrimoine ethnologique*. Paris : Éditions de la MSH.
- Chartier, R. (1989). Le monde comme représentation, *Annales ESC*, 44(6), 1505-1520.
- Chartokollis, P. (1986). *Introduction à la psychiatrie*. Athènes : Editions Themelio.
- Chini, M. & Lelekis, M. (2001) VIH et populations mobiles. *Archives helléniques du sida*, 9(1), 14-17.
- Choquet, M. & Ledoux, S. (1994). *Adolescents*. Paris : Éditions de l'INSERM.
- Cipolla, C.M. (1992). *Miasmas and disease. Public Health and the Environment in the pre-industrial Age*. New Haven and London: Yale University Press.
- Clémence, A., Doise, W., Lorenzi-Cioldi, F. (1994). Prises de position et principes organisateurs des représentations sociales. Dans C. Guimelli (sous la direction de), *Structures et transformations des représentations sociales*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Cobb, M. & De Chabert, J.T. (2002). HIV/AIDS and care provider attributions: Who's to blame ? *AIDS Care*, 14(4), 545-548.
- Codol, J.P. (1969). Représentation de soi, d'autrui et de la tâche dans une situation sociale. *Psychologie française*, 14, 217-228.
- Codol, J.P. (1974). On the system of representations in a group situation. *European Journal of Social Psychology*, 4, 343-365.

- Comby, L., Devos, T., Deschamps, J.C. (1993). Représentations sociales du sida et attitudes à l'égard des personnes séropositives. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 17, 6-33.
- Conrad, P. & Kern, R. (1986). *The Sociology of Health and Illness*. St. Martin's Press.
- Conrad, P. & Schneider, J.W. (1985). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Columbus: Merrill Publishing Company.
- Corbin, A. (1986). *Le Miasme et la Jonquille, L'odorat et l'imaginaire social, XVIIIe – XIXe siècles*. Paris : Flammarion.
- Corbin, A. (1992). Le vertige des foisonnements. Esquisse panoramique d'une histoire sans nom. *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 39(1), 103-26.
- Crimp, D. (1992). Portraits of people with AIDS. In L. Grossberg, C. Nelson and P. Treichler (Eds), *Cultural Studies* (pp. 117-133). New York: Routledge.
- Davis, F. (1963). *Passage Through Crisis: Polio Victims and their Families*. New York: Bobbs-Merrill.
- Dawes, P.J.D. & Davison, P. (1994). Informed consent: What do patients want to know? *J R Soc Med*, 87, 149-152.
- De Savigny, J. (1995). *Le sida et les fragilités françaises*. Paris : Albin Michel.
- Deschamps, J.C. (1977). *L'attribution et la catégorisation sociale*. Berne : Peter Lang.
- Decosas, J. (1996). HIV and development. *AIDS*, 10(3), 69-74.
- Del Amo, J., Caro, A.-M., Martínez, C., Field, V., Broring, G. & the Press Analysis Group of Aids & Mobility (Papathanasiou V. – Greece). (2006). *HIV/AIDS and migration in European printed media: An analysis of daily newspapers*. Report of AIDS & Mobility, Working group I: 'Epidemiological developments in migrants and ethnic minorities in Europe'. Woerden, The Netherlands. (Disponible à l'adresse électronique: www.aidsmobility.org).
- Delassus, E. (2009). *La dimension existentielle de la maladie*. Publié le 4 mars 2009 < <http://cogitations.free.fr/wp-content/existmad.pdf>
- Deligeoroglou, E. (1998). Grossesse et avortement à l'adolescence. In I. Paraskevopoulos, I. Mpezevegis, N. Giannitsas, A. Karathanasi (Eds.), *Relations entre les sexes, Rapports exposés pendant le séminaire de formation de cadres éducatifs en matière d'éducation sexuelle et d'égalité des sexes* (pp. 378-381). Athènes : Ellinika Grammata. (ouvrage en grec).
- Delor, F. (1997). *Séropositifs. Trajectoires Identitaires et Rencontres du Risque*. Paris : L'Harmattan.
- Delor, F. & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science & Medicine*, 50, 1557-1570.
- Democracy for America (2004). *Governor Dean's GWU Speech Transcript by Tara Liloia*. Published 12-08-2004 < <http://www.blogforamerica.com/view/4824>
- Denzin, N.K. (1970). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Chicago: Aldine.

- Denzin, N. (1978). *The research act*. Chicago: Aldine.
- Devos-Comby, L. & Devos, T. (2000). Jugements de responsabilité et registres de connaissance. Dans J.L. Beauvois, R.V. Joule & J.M. Monteil (Eds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales : Vol VII*. Rennes : PUR.
- Dialmy, A. (2000). *Jeunesse, Sida et Islam au Maroc. Les comportements sexuels*. Casablanca : EDDIF.
- Doise, W. (1973). Relations et représentations intergroupes. Dans S. Moscovici (Eds.), *Introduction à la psychologie sociale*, 2 (pp. 194-213). Paris : Larousse.
- Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Paris : PUF.
- Doise, W. (1985). Les représentations sociales: définition d'un concept. *Connexions*, 45, 243-253.
- Doise, W. (1986). Les représentations sociales: définitions d'un concept. Dans W. Doise & A. Palmonari (Eds.), *L'étude des représentations sociales* (pp. 81-94). Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Doise, W. (1993). *Logiques sociales dans le raisonnement*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Dooley, P.A. (1995). Perceptions of the onset controllability of AIDS and helping judgments: An attributional analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 858-869.
- Dormont, J. (1998). *Stratégies d'utilisation des antirétroviraux dans l'infection à VIH*. Secrétariat d'État à la Santé-Médecine-Sciences. Paris : Flammarion.
- Douglas, C.J., Kalman, C.M., Kalman, T.P. (1985). Homophobia among physicians and nurses: an empirical study. *Hospital Community Psychiatry*, 36(12), 1309-1311.
- Douglas, M. (1985). *Risk acceptability according to the social sciences*. New York: Russell Sage Foundation.
- Douglas, M. (1990). Risk as a Forensic Resource. *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 119, 4, 1-16.
- Douglas, M. (1992). *Risk and Blame*. London and New York: Routledge.
- Douglas, M. & Calvez, M. (1990). The self as risk taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS. *The Sociological Review*, 38, 3, 445-464.
- Douglas, M. & Wildavsky, A. (1984). *Risk and Culture, An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*. University of California Press.
- Dourlens, C., Galland, J.P., Vidal-Naquet, P.A. (1991). Introduction à l'ouvrage collectif. *Conquête de la sécurité, gestion des risques* (pp. 11-42). Paris : L'Harmattan.
- Draijer, J. & Williams, T. (1991). *School Health Education and Promotion in the Member States of the European Community*. The Commission of the European Communities.
- Duby, G. (1978). *Les trois ordres ou l'imaginaire féodal*. Paris : Gallimard.
- Duclos, D. (1994). Quand la tribu des modernes sacrifie au dieu risque (Mary Douglas et le risque comme concept culturel). *Déviance et Société*, 18(3), 345-364.

- Duerr, H.P. (1988). *Nudité et pudeur. Le mythe du processus de civilisation*. Paris : Éditions de la MSH.
- Durkheim, E. (1995). *Le Suicide*. Paris : Quadrige/PUF (première édition 1897).
- Duyvendak, J.W. (1993). Une « communauté » homosexuelle en France et aux Pays-Bas ? Blocs, tribus et liens. *Sociétés*, 39, 75-81.
- Embersin, C. & Grémy, I. (2000). Conduites à risque chez les jeunes de 12 à 19 ans en Île-de-France. *Analyse régionale du Baromètre CFES Santé Jeunes 97/98*. ORS Île-de-France.
- Epstein, S. (1996). *Impure Science. Aids, Activism and the Politics of Knowledge*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Erikson, E.H. (1972). *Adolescence et Crise, la Quête de l'Identité*. Paris : Éditions Flammarion.
- ESYE (1956-2007) *Statistique du mouvement naturel de la population en Grèce*. Athènes.
- Evers, A. (1993). The Welfare Mix Approach. Understanding the Pluralism of Welfare System. In A. Evers and I. Svetlik (Eds.), *Balancing Pluralism. New Welfare Mixes in Care for the Elderly* (pp. 3-32). Aldershot: Avebury.
- Fabre, G. (1993). La notion de contagion au regard du sida ou comment interfèrent logiques sociales et catégories médicales. *Sciences sociales et santé*, XI(1), 5-32.
- Fabre, G. (1994). L'infection à VIH dans les parcours professionnels. *Rapport pour l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida*. Paris : ANRS.
- Fabre, G. (1998). La question des mœurs en temps d'épidémie. Dans *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*. Nouvelle Série. Tome 10. N° 1-2. (pp. 21-131).
- Farnill, D. & Inglis, S. (1993). Patients' desire for information about anaesthesia. *Anaesthesia*, 48, 162-164.
- Farr, R.M. (1977). On the nature of attributional artifacts in qualitative research: Herzberg's two factor theory of work motivation. *Journal of Occupational Psychology*, 50, 3-14.
- Farr, R.M. (Ed.) (1987a). Social Representations. Special Issue. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 17(4), 343-369.
- Farr, R.M. (1987b). The science of mental life: A social psychological perspective. *Bulletin of the Psychological Society*, 40, 1-17.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé*. Paris : PUF.
- Fassin, D. (2000). *Les enjeux politiques de la santé*. Paris : Karthala.
- Faubion, J.D. (1993). *Modern Greek lessons: A primer in historical constructivism*. Princeton, N. J.: Princeton University Press.
- Fauconnet, P. (1928). *La Responsabilité. Étude de sociologie*. Paris : Alcan.

- Feinberg, J. (1970). Collective Responsibility. In J. Feinberg (Eds.) *Doing and Deserving: Essays In The Theory of Responsibility* (pp. 222-251). Princeton: Princeton University Press.
- Fennema, J.S. et al. (1998). HIV surveillance among sexually transmitted disease clinic attenders in Amsterdam, 1991-1996. *AIDS* 1998, 12, 931-938.
- Fincham, F.D. & Jaspars, J. (1983). Attribution of responsibility: from man the scientist to man-as-lawyer. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press.
- Fischer, G.N. & Tarquinio, C. (1999). Compliance, Locus of control and need of cognition. *The XIII Annual Conference of the European Health Psychology Society*. Florence, 1, 2 et 3 Octobre.
- Fisher, R. (1982). *Social psychology: An applied approach*. New York: St-Martin's press.
- Flament, C. (1987). Pratiques et représentations sociales. Dans J.L. Beauvois, R.V. Joule & J.M. Monteil (Ed.), *Perspectives cognitives et conduites sociales, 1*. Cousset : DelVal.
- Flick, U. (1992). *An introduction to qualitative research*. London: Sage.
- Ford, C.S. & Beach, F.A. (1951). *Patterns of Sexual Behavior*. New York: Harper & Row.
- Foucault, M. (1972). *The Archaeology of Knowledge and the Discourse on Language*. New York: Pantheon.
- Frank, A. (1990). *At the Will of the Body, Reflections of Illness*. Houghton Mifflin.
- Frank, A. (1991). For a Sociology of the body: an Analytical Review. In M. Featherstone, M. Hepworth & B. Turner (Ed.), *The Body: Social Process and Social Theory*. Sage.
- French, J.R.P., & Raven, B.H. (1959). The bases of social power. In D. Cartwright (Eds.), *Studies in social power* (pp. 150-167). Ann Arbor: University of Michigan.
- Freund, P. & MacGuire, M. (1998). *Health, Illness and the Social Body: A Critical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Frischer, M., Green, S.T., Goldberg, D.J. et al. (1992). Estimates of HIV infection among injecting drug users in Glasgow, 1985-1990. *AIDS*, 6, 1371-1375.
- Furedi, F. (1997). *Culture of Fear: Risk-taking and the Morality of Low Expectation*. London and New York: Cassell.
- Gagnon, J. (1988). Sex research and sexual conduct in the era of Aids. *Journal of AIDS*, 1, 593-601.
- Gergen, K. (1991). *The Saturated Self: Dilemmas of Identity in Contemporary Life*. New York: Basic Books.
- Gerhardt, U. (1989). *Ideas about Illness*. The Macmillan Press.
- Giami, A. (1994). Du handicap comme objet dans l'étude des représentations du handicap. *Sciences sociales et santé* XII(1), 31-60.
- Giami, A. (1999). Les représentations des infirmières face au sida : apport de la psychologie sociale à la recherche en psychiatrie. *Pour la recherche. Apports*

méthodologiques des sciences humaines à la recherche en psychiatrie, 21 :
<http://193.49.126.9/Recherche/PLR/PLR21/PLR21.html>

- Giarni, A. (2005). La médicalisation de la sexualité. Foucault et Lantéri Laura : un débat qui n'a pas eu lieu. *L'évolution psychiatrique*, 70, 283-300.
- Giarni, A. & Veil, C. (1994). *Des infirmières face au sida*. Paris : Éditions de l'INSERM.
- Giannakopoulos, K. (2001). Identité masculine, corps et relations de même sexe. In S. Dimitrioy (Eds.), *Anthropologie des sexes* (pp.162-187). Athènes : Savvalas. (ouvrage en grec).
- Giannakopoulos, K. (2003). Ordre et désordre basé sur le genre : virilité « naturelle » et pouvoir. In D. Gefou-Madianou (Eds.), *Le soi et l' « Autre », Conceptions, identités et pratiques en Grèce et à Chypre* (pp. 183-204). Athènes : Gutenberg. (ouvrage en grec).
- Giannakopoulos, K. (2005). Guerres entre hommes. Le football, les sexualités des hommes et le nationalisme. *Questions contemporaines*, 88, 58-67.
- Giddens, A. (1997). *Sociology* (3rd Edition). Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (1999). Risk and Responsibility. *Modern Law Review*, 62(1), 1-10.
- Gillet, J. (2003). Media activism and Internet used by people with HIV/AIDS. *Sociology of Health and Illness*, 25(6), 608-624.
- Giorgas, D. (1995). *Psychologie sociale*. Athènes. (traduit du grec).
- Godelier, M. (1984). *L'idéal et le matériel*. Paris : Fayard.
- Godenzi, A., Mellini, L., De Puy, J. (2001). *VIH/sida, lien de sang, lien de cœur*. Paris : L'Harmattan.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de Minuit.
- Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(2), 157-165.
- Goss, D. & Adam-Smith, D. (1995). *Organizing AIDS. Workplace and Organizational Responses to the HIV/AIDS Epidemic*. London: Taylor & Francis LTD.
- Greco, M. (1993). Psychosomatic subjects and the 'Duty of the Will': personal agency within medical rationality. *Economy and Society*, 22(3), 357-372.
- Grigoropoulos, I. (2010). Enquête sur les attitudes d'un groupe d'étudiant(e)s du Département de l'éducation primaire de l'Université de Thessalie sur la question de l'homosexualité: une étude de cas. *Le Vima scientifique*, 13, 201-216. (article en grec).
- Grmek, M.D. (1989). *Histoire du sida*. Paris : Payot.
- Guillarme, B. (2008). Usages de la responsabilité. Introduction. *Revue française de science politique* 2008, 6, 58, 873-875.
- Halbwachs, M. (1950). *La Mémoire collective*. Édition utilisée 1968. Paris : PUF.
- Hamilton, L.V. (1978). Who is Responsible? Toward a Social Psychology of Responsibility Attribution. *Social Psychology*, 41(4), 316-328.

- Harlow, H. (1958). The nature of love. *Am Psychol*, 13, 673.
- Hart, H.L. & Honoré, A.M. (1959). *Causation in the law*. Oxford: Clarendon Press.
- Hayes, M.V. (1992). On the epistemology of risk: language, logic and social science. *Social Science and Medicine*, 35(4), 401-407.
- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review*, 51, 358-374.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Heilbron, J. & Goudsmith, J. (1987). À propos de la découverte du virus du sida. Mécanismes de concurrence et de défense dans un conflit scientifique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 69, 98-104.
- Herzlich, C. (1995). Représentation sociale de la santé et de la maladie et leur dynamique au champ social. In S. Papastamou & A. Mantoglou (Eds.), *Représentations sociales* (pp. 163-176). Athènes : Odysseas. (ouvrage en grec).
- Herzlich, C. (1996). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Première édition 1969. Paris : Éditions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Herzlich, C. (2001). Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation : un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept. In F. Buschini et N. Kalampalikis (Orgs.), *Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de S. Moscovici* (pp. 189-200). Paris : Éditions de la MSH.
- Herzlich, C. & Pierret, J. (1988). Une maladie dans l'espace public. Le sida dans six quotidiens français. *Annales ESC*, 5, 1109-1134.
- Hewstone, M. (1986). *Causal attribution: from cognitive process to collective beliefs*. Oxford: Basil Blackwell.
- Hewstone, M. (1989). Représentations sociales et causalité. In D. Jodelet (Eds.), *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Hocguenghem, G. (1974). Désir homosexuel et volitions. *Doctorat ancien régime*. Paris VIII.
- Hocguenghem, G. (1983). *L'image historique de l'homosexualité*. Athènes : Nefeli. (ouvrage en grec).
- Hogg, M.A. & Vaughan, G.M. (2002). *Social Psychology*. London: Pearson Prentice Hall.
- Hollins, E.R. (1996). *Culture in School Learning. Revealing the deep meaning*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Hong, D.S., Goldstein, R.B., Rotherman-Borus, M.J., Wong, F.L., Gore-Felton, C., and the NIMH Healthy Living Trial Group (2006). Perceived partner serostatus, attribution of responsibility for prevention of HIV transmission, and sexual risk behavior with 'main' partner among adults living with AIDS. *AIDS Education and Prevention*, 18(2): 150-162.
- Horn, B. (2006). "How progressive Can Win".
<<http://www.stateaction.org/progressivevalues/values101.cfm>> <<http://www.the>

nation.com/doc/20060626/horn> *Featured in the June 26, 2006 issue of the National magazine.*

- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- Hubert, M., Bajos, N., Sandfort, T. (1998). *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*. London: UCL Press.
- Hudson, E.H. (1972). Diagnosing a case of venereal disease in fifteenth century Scotland. *British Journal of Venereal Diseases*, 48, 146-153.
- Hunter, J. et al. (1992). *Projet de recherche inédite du Columbia University H.I.V. Center for Clinical and Behavior Studies*.
- Ioannidi, E. (1996). Les représentations sociales des comportements sexuels dans la manière d'envisager le sida. *Thèse de Doctorat*. Athènes : Université Panteion. (ouvrage en grec).
- Ioannidi-Kapolou, E. & Agrafiotis, D. (2005). *Sexualité(s) au temps de l'incertitude et du sida*. Athènes : Polytropon. (ouvrage en grec).
- Iosifidis, T. (2003). *Analyse des données qualitatives en sciences sociales*. Athènes : Kritiki. (ouvrage en grec).
- Jacquemot, A. (1998). *Guides et Médiums au secours des Hommes — Etude des représentations et des pratiques liées à la maladie et à son traitement dans l'Umbanda à São Paulo (Brésil)*. Lille : ANRT.
- Jodelet, D. (1976). *La représentation sociale du corps*. Paris : CORDES.
- Jodelet, D. (1984). Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie. Dans S. Moscovici (Ed.), *Psychologie Sociale* (pp. 357-378). Paris : PUF.
- Jodelet, D. (1989a). Représentations sociales : un domaine en expansion. Dans D. Jodelet, (Ed.), *Les représentations sociales* (pp. 31-61). Paris : PUF.
- Jodelet, D. (1989b). *Folies et représentations sociales*. Paris : PUF.
- Jodelet, D. (1992). Mémoire de masse : le côté moral et affectif de l'histoire. *Bulletin de psychologie*, 405, XLV, 239-256.
- Jodelet, D., Ohana, J., Biadi, A. & Rikou, E. (1994). Représentations de la contagion et Sida. Dans *Connaissances, Représentations, Comportements, Sciences Sociales et Prévention du Sida* (pp. 87-97). Paris : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA.
- Joffe, H. (1995). Social Representation of AIDS: towards encompassing issues of power. *Papers on social representations*, 4(1), 29-40.
- Joffe, H. (1996). The shock of the new: A psycho-dynamic extension of social representation theory. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 26 (2), 197-219.
- Joffe, H. (1999). *Risk and the other*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Joffe, H. & Haarhoff, G. (2002). Representations of far-flung illness: the case of Ebola in Britain. *Social Science and Medicine* 54, 955-969.

- Johnson, B.B. (1987). The environmental movement and grid/group analysis: A modest critique. In B.B. Johnson and V.T. Covello (Eds.), *The social and cultural construction of risk: Essays on risk selection and perception* (pp. 147-181). Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Company.
- Jones, E.E. & Davis, K.E. (1965). From acts to dispositions: the attribution process in person perception. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press.
- Jones, E.E., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Scott, R.A. (eds.) (1984). *Social Stigma. The Psychology of Marked Relationships*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Juhasz, A. (1990). The contained threat: women in mainstream AIDS documentary. *Journal of Sex Research*, 27(1), 25-46.
- Kadda, A.K., Maina, A., Agrafiotis, D. (2005). Le rôle du sociologue dans la planification et la mise en place des programmes de l'éducation pour la sante. *Archives helléniques du sida*, 13(1), 14-30. (article en grec).
- Kalimeri, T. (1999). On empêche la femme d'atteindre le sommet. *Ikonomikos Tachidromos*, 34, 16. (article en grec).
- Kallinikos, G. & Papaevangelou, G. (1985). Syndrome d'immunodéficience acquise. Lignes directrices pour le personnel hospitalier et de laboratoire. *Archives de la médecine grecque*, 2, 251. (article en grec).
- Kane, F. et al. (1993). Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal. *AIDS* 1993, 7, 1261-1265.
- Kataki, C. (1984). *Les trois identités de la famille grecque*. Athènes : Éditions Kedros. (ouvrage en grec).
- Katerelos, G. (Ed). (1996). *Dynamique des représentations sociales*. Athènes : Éditions Odysseas. (ouvrage en grec).
- Kavounidi, J. (2002). Caractéristiques d'immigrés : le programme grec de légalisation de 1998. *Institut National du Travail*, 2. Athènes : Publications Sakkoula. (ouvrage en grec).
- Kelley, H.H. (1967). Attribution theory in social psychology. In D. Levine (Ed.). *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Kidd, R.F. & Saks, M.J. (1980). What is applied social psychology? An Introduction. In R.F. Kidd & M.J. Saks (Eds.), *Advances in applied social psychology*, (vol. 1). (pp. 1-23). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Kimmel, M.S. (1987). *Changing Men. New Directions in Research on Men and Masculinity*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kimmel, M.S. & Levine, M.P. (1992). Men and AIDS. In M.S. Kimmel & M.A. Messner (Eds.), *Men's lives*, (vol. 2). (pp. 318-329). New York: Macmillan.
- Kinsey, A.C. et al. (1948/1998). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: W.B. Saunders. Bloomington: Indiana U. Press. [*First publication of Kinsey's Heterosexual-Homosexual Rating Scale. Discusses Kinsey Scale*, pp. 636-659.]

- Kirp, D. and Bayer, R. (1992). *AIDS in Industrial Democracies: Passions, Politics and Policies*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Kitahata, M.M., Koepsell, T.D., Deyo, R.A., Maxwell, C.L., Dodge, W.T. and Wagner, E.H. (1996). Physicians Experience with the Acquired Immunodeficiency Syndrome as a Factor in Patient's Survival. *The New England Journal of Medicine*, 334 (11), 701-706.
- Kitzinger, J. (1993). *Understanding AIDS: researching audience perceptions of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. In Eldridge J. (ed), *Getting the Message: News, Truth and Power*. London: Routledge.
- Kitzinger, J. (1998). *Media impact on public beliefs about AIDS*. In D. Miller, J. Kitzinger, K. Williams, & P. Beharrell (Eds.), *The circuit of mass communication*. London: Sage.
- Kitzinger, J. (2000). Media templates: patterns of association and the (re)construction of meaning over time. *Media Culture and Society*, 22(1), 61-84.
- Kogidou, D. (1995). *Familles monoparentales*. Athènes : Nea Sinora. (ouvrage en grec).
- Kohl, F-S. (2006). *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Paris : Masson.
- Kosmopoulos, A. (1994). *Pédagogie de la dynamique relationnelle et de la personne*. Athènes : Éditions Grigoris. (ouvrage en grec).
- Koukoutsaki, A. (2002). *Usage de drogue, Homosexualité. Comportements de non-conformité entre contrôle pénale et médical*. Athènes : Éditions Kritiki. (ouvrage en grec).
- Koulierakis, G. & Agrafiotis, D. (2001). Stimulation de personnes avec le VIH/sida grâce à l'emploi de télématique : Résultats de l'évaluation du programme SEAHORSE II. *Archives helléniques du sida*, 9(4), 283-291. (article en grec).
- Kyriazi, N. (1999). *La recherche sociologique. Revue critique des méthodes et des techniques*. Athènes : Ellinika Grammata. (ouvrage en grec).
- Labov, W. (1973). *Language in the Inner City*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Lakoff, G. (2004). Don't think of an Elephant! know your values and frame the debate. *The essential guide for progressives*. White River Junction: Chelsea Green Publishing.
- Lalljee, M. (1981). Attribution theory and the analysis of explanations. In C. Antaki (ed.), *The psychology of ordinary explanations*. London: Academic Press.
- Lalljee, M., Watson, M., & White, P. (1982). Explanations, attributions and the social context of unexpected behavior. *European Journal of Social Psychology*, 12, 17-29.
- Lazos, G. (2002). *Prostitution et traite des blanches internationale en Grèce moderne, 1. La prostituée, 2. Le client*. Athènes : Kastaniotis. (ouvrage en grec).
- Leibowitch, J. (1984). *Un virus étrange venu d'ailleurs*. Paris : Grasset.
- Leiker, J.J., Taub, D.E. & Gast, J. (1995). The stigma of AIDS: Persons with AIDS and social distance. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 16, 333-351.
- Leno, M. (2006). Keynote address for Speaker Fabian Nùñez at the Democratic Leadership Luncheon at the 2006 California Democratic Convention in Sacramento

on April 29th. April 30, 2006.
<http://www.markleno.com/theissues_apr30_06.html>

- Lepetit, B. (1995). *Les formes de l'expérience. Une autre histoire sociale*. Paris : Albin Michel.
- Lerner, M.J. (1980). *The belief in a just world: a fundamental delusion*. New York: Plenum.
- Lerner, M.J. & Simmons, C.H. (1966). Observer's reaction to the 'innocent victim': compassion or rejection? *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 203-210.
- Leyens, J.P. (1980). Recherche de stabilité et d'invariance chez les psychologues. *Paper presented at the Colloquim: Mudança y Psicologia social*. Lisbonne.
- Leyens, J.P. & Vaes, J. (2009). Théories Implicites de la Personnalité. In N. Roussiau (ed.), *Psychologie sociale* (pp. 165-175). Athènes : Ellinika Grammata. (ouvrage en grec).
- Luger, L. (1998). HIV, AIDS prevention and class and socio-economic related factors of risk of HIV infection. *Publications series of the Research Unit Public Health Policy*, 98-204. Berlin: Social Science Research Center.
- Lupton, D. (1994). *Moral Threats and Dangerous Desires: AIDS in the News Media*. London: Taylor and Francis.
- Lupton, D. (1999). Archetypes of infection: people with HIV/AIDS in the Australian press in the mid 1990s. *Sociology of Health & Illness*, 21(1), 37-53.
- McIver, N. (1992). Developing a Service for Prostitutes in Glasgow. In J. Bury, V. Morrison and S. McLachlan, (Eds.), *Working With Women and AIDS* (pp. 71-84). London: Routledge.
- Maître, J. (1972). Psychanalyse et sociologie religieuse. *Archives de sociologie des religions*, 33, 134.
- Mann, J. (1990). *The third epidemic; repercussions of the fear of AIDS*. London: Panos Institute.
- Mantler, J., Schellenburg, C., Page, J. (2003). Attributions for serious illness: Are controllability, responsibility and blame different constructs? *Canadian Journal of Behavioral Science*, 35(2), 142-152.
- Marková, I. & Wilkie, P.A. (1987). Representations, Concepts and Social Change: The Phenomenon of AIDS. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 17(4), 389-409.
- Marková, I., Wilkie, P.A., Naji, S.A., Forbes, C.D. (1990). Knowledge of HIV/AIDS and behavioural change of people with haemophilia. *Psychology and Health*, 4, 125-133.
- Marquet, J., Zanterdeschi, E., Huynen, P. (1998). Knowledge and Representations of HIV/AIDS. In M. Hubert, N. Bajos, T. Sandfort (eds), *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe* (pp. 331-358). London: UCL Press.
- Martel, F. (1996). *Le Rose et le noir: les homosexuels en France depuis 1968*. Paris : Seuil.
- Mayo, C. & Lafrance, M. (1980). Toward an applicable social psychology. In R.F. Kidd & M.J. Saks (Eds.), *Advances in applied social psychology* (vol. 1). (pp. 81-96). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

- McKeganey, N.P. & Barnard, M.A. (1992). *AIDS, Drugs and Sexual Risk: Lives in the Balance*. Buckingham: Open University Press.
- McNair, B. (2002). *Striptease Culture: Sex, Media and the Democratization of Desire*. London & New York: Routledge.
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology, 2*. London: Free Press.
- Meidani, A. (2004). Des mass médias au marché de la remise en forme: le «bricolage» de la corporéité. *Thèse de Doctorat en Sociologie*. Université de Toulouse II-Le Mirail.
- Michelat, G. & Simon, M. (1977). *Classes, religion et comportement politique*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Miller, D. (1987). *Living with AIDS and HIV*. London: Macmillan Press.
- Moatti, J.P., Dab, W., Abenhaim, L., Bastide, S. (1989). Modifications of sexual behaviour related to AIDS: a survey in Paris region. *Health Policy, 11*, 100-126.
- Moatti, J.P., Dap, W., Pollak, M., Quesnel, Ph., Beltzer, N., Menard, C., Serrand, C. (1990). Les attitudes et comportements des français face au sida. *La Recherche 223*, 888.
- Moatti, J.P., Manesse, L., Le Gales, C., Pages, J.P., Fagnani, F. (1988). Social perception of AIDS in the general public: a French study. *Health Policy, 9*, 1-8.
- Morgan, M., Calnan, M. & Manning, N. (1985). *Sociological Approaches to Health and Medicine*. London: Routledge.
- Morgan, T.R. (1992). HIV and the Sex Industry. In J. Bury, V. Morrison and S. McLachlan (Eds.), *Working With Women and AIDS* (pp. 71-84). London: Routledge.
- Morin, M. (1996). Perspectives de recherches pour l'étude empirique de l'explication sociale des maladies. *Psychologie Française, 41-42*, 147-154.
- Morin, M. & Apostolidis, T. (2002). Contexte social et santé. Dans Fischer G.N. (sous la direction), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 463-489). Paris : Dunod.
- Morin, M., Obadia, Y., Souville, M. et Moatti, J-P. (1998). Expérience, attitudes et implication des médecins généralistes dans la prise en charge des personnes atteintes par le VIH. Dans Des professionnels face au sida (pp. 9-21). Paris : Éditions de l'ANRS.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Deuxième édition 1976. Paris : PUF.
- Moscovici, S. (1969). Préface à C. Herzlich, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of Social Representations. In R.M. Farr & S. Moscovici (Eds.), *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a Description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology, 18*(3), 211-250.
- Moscovici, S. (1992). La nouvelle pensée magique. *Bulletin de Psychologie, XLV, 405*, 301-324.

- Moscovici, S. (1995). L'époque des représentations sociales. In S. Papastamou & A. Mantoglou (Eds.), *Recherches contemporaines en psychologie sociale Représentations Sociales* (pp. 65-106). Athènes : Odysseas. (ouvrage en grec).
- Moscovici, S. (1996). Introduction dans C. Herzlich, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale* (pp. 11). Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Moscovici, S. & Hewstone, M. (1984). De la science au sens commun. Dans S. Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale* (pp. 5-22). Paris : PUF.
- Moscovici, S. & Mugny, G. (1987). *Psychologie de la conversion*. Cousset : Delval.
- Moscovici, S. & Paicheler, G. (1973). Travail, individu et groupe. Dans S. Moscovici (éd.), *Introduction à la psychologie sociale* (pp. 9-44), II. Paris : Larousse.
- Moser, G. (1994). *Les relations interpersonnelles*. Paris : PUF-Le Psychologue.
- Mugny, G. & Papastamou, S. (1984). Les styles de comportement et leur représentation sociale. Dans S. Moscovici (ed.), *Psychologie Sociale*. Paris : PUF.
- Mylonas, T. (1998). *Sociologie de l'éducation grecque – Contributions*. Athènes : Gutenberg. (ouvrage en grec).
- Nagurney Camwell, J. (2005). Strange Journalism: Iraq the Model in the New Again. *Iddybud Journal*. Thursday, February 03, 2005 http://iddybud.blogspot.com/2005_02_03_iddybud_archive.html
- Nettleon, S. & Gustafsson, U. (2002). *The sociology of health and illness reader*. Cambridge: Polity press.
- Nisbett, R.E. (1980). The trait construct in lay and professional psychology. In L. Festinger (Ed.), *Retrospections on social psychology*. New York: Oxford University Press.
- Nisbett, R.E. & Ross, L. (1980). *Human inference: strategies and shortcomings of social judgment*. Prentice Hall: Inglewood Cliffs.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Organisation mondiale de la santé (1975). Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals. In Erwin Haeberle et Rolf Gindorf (ed.), *Report of a WHO Meeting, Technical Report Series, 572, Sexology Today: A brief introduction*. Dusseldorf: DGSS.
- Organisation mondiale de la santé – Regional Office for Europe (1987). *Concepts of Sexual Health: Report of a Working Group*. http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/EUR_MUR_521.pdf
- O'Neil, J. (1985). *Five Bodies: The Shape of Modern Society*. Ithaca: Cornell University Press.
- ONUSIDA (2006). L'épidémie de sida dans le monde. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006*. Geneva, Switzerland.
- Orth, M. (1999). *Vulgar Favors: Andrew Cunanan, Gianni Versace and the Largest Failed Manhunt in U.S. History*. New York: Delacorte Press.

- Oskamp, S. (1984). *Applied social psychology*. Beverly Hills, Ca: Sage.
- Osler, W. (1917). *The campaign against syphilis*. NY: Lancel.
- Oz, A. (2005). *Friends of Micronesia*, October 10, 2005, Amos Oz on Evil in the LA Times <<http://www.friendsofmicronesia.com/archives/001105.html>>
- Pan American Health Organization / World Health Organization (2000, May 19-22). *Promotion of sexual health: Recommendations for action. Proceedings of a regional consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO)*. World Health Organization (WHO) (in collaboration with the World Association for Sexology). <http://www2.rz.hu-berlin.de/sexology/>
- Pantelidou-Malouta, M. (2002). *Le genre de la Démocratie. Particularité du citoyen et sujets concernant le genre*. Athènes : Publications Savvalas. (ouvrage en grec).
- Paicheler, H. (1984). L'épistémologie du sens commun. Dans S. Moscovici (Org.), *Psychologie sociale*. Paris : PUF.
- Paicheler, G. (1998). Risques de transmission du sida et perception de la contagion. *Communications*, 66, 87-107.
- Paicheler, G. (2000). Understanding risk management. Towards an integration of individual, interactive and social levels. In J.P. Moatti, Y. Souteyrand, A. Prieur, Th. Sandfort, P. Aggleton, *AIDS in Europe: New challenges for the social sciences* (pp. 247-259). London : Routledge.
- Paicheler, G. & Quemin, Al. (1994). Intégration des connaissances et logiques préventives face au risque de contamination par le VIH. Dans ANRS (Ed.), *Connaissances, Représentations, Comportements, Sciences Sociales et Prévention du Sida, Collection Sciences Sociales et Sida* (pp. 99-111). Paris : Éditions de l'ANRS.
- Palmer, V. (1987). Trois principes de la responsabilité sans faute. *Revue internationale de droit comparé*, 39(4), 825-838.
- Papastamou, S. (1989a). *Manuel de Psychologie Sociale*. Athènes : Odysseas. (ouvrage en grec).
- Papastamou, S. (Ed.) (1989b). *Recherches contemporaines en psychologie sociale. L'influence Sociale*. Athènes : Odysseas. (ouvrage en grec).
- Papastamou, S. & Mantoglou, A. (Ed.) (1995). *Recherches contemporaines en Psychologie Sociale. Représentations sociales*. Athènes : Odysseas. (ouvrage en grec).
- Papataxiarchis, E. & Paradellis, T. (Ed). (1992). *Identités et genre en Grèce contemporaine*. Athènes : Kastaniotis. (ouvrage en grec).
- Papathanasiou, C. (1999). VIH/sida et lieu de travail: aspects organisationnels et psychologiques. *Mémoire de maîtrise*. Université de Patras. (ouvrage en grec).
- Papathanasiou, C. (2001a). L'impact social du VIH/sida sur l'emploi en France et en Grèce. *Mémoire de DEA en Sociologie*. Paris : EHESS.
- Papathanasiou C. (2001b). Sida : de la souffrance personnelle au deuil collectif. *Travail complémentaire de DEA en Sociologie*. Paris : EHESS.

- Papathanasiou, C. (2005a). Suicide et orientation sexuelle. *Colloque du ONNED consacré au « Suicide à l'Age Adolescent »*. Athènes, 17 mars. (en grec).
- Papathanasiou, C. (2005b). Mouvements des parents de même sexe. Le cas de la France. *2^{ème} Congrès Interdisciplinaire « Le genre et son comportement » Familles de couples du même sexe*. Thessaloniki, 12-14 mai. (en grec).
- Papathanasiou, C. (2005c). État providence - Solidarité sociale. *Conférence de Travail du Ministère de la Santé et des Affaires sociales dans le cadre de la consultation pour la conception du Plan national de développement stratégique pour la période 2007-2013*. Athènes, 25-26 novembre 2005. (en grec).
- Papathanasiou, C. (2006). Planification d'intervention pour la prévention du sida : méthodes et techniques I & II. *Notes de cours des études approfondies en psychologie clinique*. Université d'Athènes. (en grec).
- Papathanasiou, C. (2009). La gestion du VIH dans le lieu de travail : dilemmes et enjeux à l'époque des multithérapies. *Archives helléniques du sida*, 17(1), 84-97.
- Papathanasiou, C. & Apostolidis, T. (2010). Sida et représentations sociales : une recherche d'analyse des communiqués de presse en Grèce. Dans K. Fellas (Eds.) *Société et Santé : approches sociales et culturelles en Grèce et à Chypre (196-226)*. Athènes : Kritiki.
- Papathanasiou, C. & Agrafiotis, D. (2003). Sida et lieu de travail : attitudes et représentations des employeurs face aux personnes séropositives. *Archives helléniques du sida*, 11(3), 149-160. (article en grec).
- Papathanasiou, C. & Agrafiotis, D. (2005). La relation des professionnels de la santé avec les patients atteints du sida : perceptions des ONG en Grèce et en France. *Archives helléniques du sida*, 13(1), 45-53. (article en grec).
- Papathanasiou, C. & Ioannidi, E. (2005). Gestion du risque du VIH par des hommes prostitués à Athènes. Recherche pilote. *Monographie de recherche*, 29. Département de Sociologie, École Nationale de Santé Publique. (ouvrage en grec).
- Papathanasiou, C., Charami, P. & Ioannidi, E. (2005). *Procès-verbal de la réunion des immigrés pour la prévention du sida chez les jeunes dans le cadre du programme européen AIDS & Mobility*. Rapport de l'ESDY. (en grec)
- Papathanasiou, V. (2006a). *HIV/AIDS, Gender, Sexuality and Cultural Diversity*. Report of AIDS & Mobility Working group V 'Gender issues and HIV/AIDS'. Athens, Greece. (Disponible à l'adresse électronique: www.aidsmobility.org).
- Papathanasiou, V. (2006b). Improving sexual and reproductive health of persons living with HIV – perceptions of health care providers and persons living with HIV. *National Report, EUROSUPPORT V*.
- Papathanasiou, V. (2009). Éducation et promotion de la santé en milieu scolaire : Principes et méthodologie. *Epitheorisi Ekpaideftikon Thematou*, 15, 47-61. (article en grec)
- Pape, A.A. (2005). *Social Morality and Misplaced Responsibility: HIV/AIDS-Related Stigma*. Washington, D.C.: <http://www.szasz.com/undergraduate/pape.pdf>

- Paraskevopoulos, I. Mpezevegis I., Giannitsas, N., Karathanasi, A. (Ed.) (1998). Relations intergenres, Cours au séminaire de formation des enseignants sur les affaires d'éducation sexuelle et d'égalité des genres, 2 (pp 378-381). Athènes : Ellinika Grammata. (ouvrage en grec).
- Parsons, T. (1951). Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. In *The social system* (pp. 428-480). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Pascal, B. (1962). *Pensées*. Paris : Seuil.
- Peretti-Watel, P. (2000). *Sociologie du risque*. Paris : Ed. Armand Colin.
- Petersen, A. (1994). Governing images: media constructions of the 'normal', 'healthy' subject. *Media Information*, 72, 32-40.
- Peto, D., Remy, J., Van Campenhoudt, L., Hubert, M. (1992). *Sida : l'Amour Face à la Peur*. Paris : Editions L'Harmattan.
- Petrillo, G. (ed.) (2000). *Santé et Société*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Philo, G. (ed) (1996). *Media and Mental Distress*. London: Longman.
- Pierret, J. (1992). Une épidémie des temps modernes. *Autrement : L'homme contaminé*, 17-23.
- Pierret, J. (1994). Dites-leur ce qu'il ne m'est pas possible de dire : Je suis homosexuel et séropositif. *Les discours du sida/Discourses on AIDS*, 6, 3-4, 33-45.
- Pierret, J. (1997). Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH ?. *Sciences sociales et santé*, 15(4), 97-120.
- Pierret, J. (1998). *Vivre longtemps avec le VIH : récits sur la longue durée de vie et reconstruction du temps*. Rapport du CERMES.
- Pinnel, P. (Ed.) (2002). *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France 1981-1996*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pitaud, Ph. & Richetto-Redonet, M. (2005). Miroir gentil miroir... Des représentations sociales de la maladie d'Alzheimer comme éléments d'approche des malades et de leur entourage. *Au fil du mois... CREA/PACA-Corse*, 3-10.
- Pizarro, D.A., Uhlmann, E., & Bloom, P. (2003). Causal deviance and the attribution of moral responsibility. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39, 653-660.
- Plexousaki, E. (2000). La gestion de l'altérité : narrations sur le sida. *Frontières et marges: intégration et exclusion*, 109-129. (traduit du grec).
- Plexoussaki, E. & Yannakopoulos, K. (1996). Le mal purifié. Manipulation du sida en Grèce. *L'Homme*, 139, 125-135.
- Pollak, M. (1982). L'homosexualité masculine ou : le Bonheur dans le ghetto ? *Communications*, 35, 37-55.
- Pollak, M. (1988). *Les homosexuels et le sida*. Paris : Ed. A.M. Métailié.
- Pollak, M. (1990). *L'expérience concentrationnaire*. Paris : A. M. Métailié.

- Pollak, M. & Moatti, J.P. (1990). HIV risk perception and determinants of sexual behaviour. In Hubert M., et al. (Eds.), *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe* (pp.17-45). London: UCL Press.
- Propp, V.I. (1968). *Morphology of the Folk Tale*. Austin: University of Texas Press.
- Reich, W. (1982). *La révolution sexuelle*. Paris : Payot.
- Reinharz, S. (1997). Enough already! The pervasiveness of warnings in everyday life. In B. Glassner and R. Hertz (eds), *Qualitative Sociology as Everyday Life*. Thousand Oaks: Sage.
- Remafedi, G., Farrow, J., Deisher, R. (1991). Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics*, 87(6), 869-75.
- Renaud, M. (1994). Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé. *Interface*, 19, 15-25.
- Rofes, E. (1983). *I thought People Like that Killed Themselves: Lesbians, Gay Men and Suicide*. San Francisco: Grey Fox.
- Rosenberg, C.E. (1986). Disease and Social Order in America: Perceptions and Expectations. *The Milbank Quarterly*, 64(1), 34-55.
- Rosenbrock, R. (1995b). Social Sciences and HIV, AIDS policies: Experiences and perspectives. In D. Friedrich, W. Heckmann (Eds.), *AIDS in Europe-The Behavioral Aspects* (pp. 259-269), 1. Berlin: Edition sigma.
- Rosenbrock, R., Dubois-Arber, F., Moers, M., Pinell, P., Schaeffer, D. et Setbon, M. (1999). The AIDS Policy Cycle in Western Europe. In *Publications series of the research unit Public Health Policy*. Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Royal Society (1992). The Risk: Analysis, Perception and Management. *Report of a Royal Society Study Group*. London: The Royal Society.
- Sacks, V. (1996). Women and AIDS: an analysis of media misrepresentations. *Social Science and Medicine*, 42(1), 59-73.
- Scambler, G. (2007). Sex Work Stigma: Opportunist Migrants in London. *Sociology*, 41, 6. 1079-1096.
- Scambler, G. & Hopkins, A. (1986). 'Being Epileptic': Coming to Terms with Stigma. *Sociology of Health and Illness*, 8, 26-43.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1), 6-41.
- Schmitz, O. (2006). *Soigner par l'invisible — Enquête sur les guérisseurs aujourd'hui*. Paris : Imago.
- Seale, C. (2003). Health and media: an overview. *Sociology of Health & Illness*, 25(6), 513-531.
- Setbon, M. (1993). *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*. Paris : Seuil.
- Setbon, M. (1998). Les nouveaux défis. *Informations Sociales*, 71, 4-13.

- Setbon, M. (2000). La normalisation paradoxale du sida. *Revue française de sociologie*, 41-1, 61-78.
- Shuff, M., Home, A.M., Westberg, N.G., Mooney, S.P., Mitchell, C.W. (1991). Volunteers Under Threat: AIDS Hospice Volunteers Compared to Volunteers in a Traditional Hospice. *The Hospice Journal*, 7, 85-107. Issue 1 & 2 November.
- Sigerist, H.E. (1943). *Civilization and Disease*. USA: The University of Chicago Press.
- Sim, J. (1992). AIDS, nursing and occupational risk: an ethical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 569-575.
- Simpson, J.A., & Gangestad, S.W. (1991). Individual differences in sociosexuality: Evidence for convergent and discriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 870-883.
- Sivri, C. (2001). Le sida comme maladie sociale : Le cas de la Grèce. *Thèse de Doctorat*. Université de Panteion. (ouvrage en grec).
- Snyder, C.R., Schenkel, R.J., Lowery, C.R. (1977). Acceptance of personality interpretations. The Barnum effect and beyond. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 104-114.
- Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. London: Penguin Books.
- Sontag, S. (1988). *AIDS and its metaphors*. London: Penguin Books.
- Sotirakopoulou, K.P. & Breakwell, G.M. (1992). The use of different methodological approaches in the study of social representations. *Ongoing production on Social Representations – Productions Vives sur les Représentations Sociales*, 1 (1), 29-38.
- Spicker, P. (1984). *Stigma and Social Welfare*. London: Croom Helm.
- Steffen, M. (1996). *The fight against AIDS*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Sullivan, S. (1993). Les Médias et leurs limites. Dans G. BEZ et C. JASMIN (Ed.), *Cancer, sida et société. Pour une approche globale de la santé*. Paris : ESF éditeur.
- Szasz, TS. & Hollander, M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Internal Med.*, 97, 585-592.
- Taïeb, O., Heidenreich, F., Baubet, T., Moro, M.R. (2005). Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 35, 4, 173-185.
- Tajfel, H. (1981). *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tajfel, H. & Turner, J.C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W.G. Austin & S. Worchel (Eds), *The psychology of intergroup relations* (33-47). Monterey, CA: Brooks-Cole.
- Tarabay, M. (2000). Les stigmates de la maladie-Représentations sociales de l'épidémie du sida. Lausanne : Editions Payot.

- Thiaudière, C. (1994). La prévention du sida et les usages sociaux de la jeunesse. *Thèse de doctorat de sociologie*. Université Paris VIII.
- Thiaudière, C. (2002). *Sociologie du sida*. Paris : Editions la Découverte.
- Thompson, P. (1980). Récits de vie et changement social. *Cahiers internationaux de sociologie*, LXIX, 226-242.
- Thorogood, N. (1992). What is the relevance of sociology for health promotion? In R. Bunton & G. MacDonald (Eds), *Health Promotion Disciplines and Diversity* (pp. 42-65). London: Routledge.
- Tountas, G. (2000). *Société et santé*. Athènes : Odysseas. (ouvrage en grec).
- Truchot, D. (1996). *Face au sida*. Dijon : IFPTS.
- Turk, D.C., Rudy, T.E., & Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of behavioral Medicine*, 9(5), 453-474.
- Turner, B. (1984). *Body and Society Explorations in Social Theory*. Oxford: Basic Blackwell.
- Turner, B.S. (1987). *Medical Power and Social knowledge*. London: Sage Publications.
- Turner, B. (1992). *Regulating Bodies*. London: Routledge.
- UNAIDS (2004). *The Media and HIV/AIDS: Making a difference*.
- Vallerand, R.J. (1985). *On the use of the Causal Dimension Scale in a field setting: A confirmatory analysis*. Manuscript soumis pour fins de publication.
- Van den Boom F. (1998). The normalization of AIDS? AIDS policies: comparison, changes and perspectives. In Working Papers for Synthesis Sessions of the 2nd European Conference 'AIDS in Europe', *New challenges for Social & Behavioural Sciences*. Paris: UNESCO. January 12-15.
- Vance, C. (1989). Social Construction Theory: Problems in the History of Sexuality. In D. Altman, C. Vance, M. Vicinus, J. Weeks et al, *Homosexuality, Which Homosexuality?* (pp. 13-34). Amsterdam/London: Schorer/GMP.
- Vasilikou, K., Pantzou, P., Agrafiotis, D. (1998). Risque, identité de genre et sida. *CERIS : Rencontre européenne*. Département de sociologie, École Nationale de Santé Publique. (ouvrage en grec).
- Vergopoulos, K. et al. (1989). *Les Temps modernes*. Athènes : Exantas. (ouvrage en grec).
- Viaud, J. (2009). L'objectivation et la question de l'ancrage dans l'étude des représentations sociales. In N. Roussiau (Eds.), *Psychologie Sociale* (pp. 109-122). Athenes : Ellinika Grammata. (ouvrage en grec).
- Vigarello, G. (1993). *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen-Age*. Paris : Editions du Seuil.
- Watney, S. (1992). Short-term companions: AIDS as popular entertainment. In A. Klusacek and K. Morrison (eds), *A Leap in the Dark: AIDS, Art and Contemporary Cultures*. Montreal: Véhicule Press.

- Weeks, J. (1977). *Coming Out: Homosexual Politics in Britain, from the Nineteenth Century to the Present*. London: Quartet Books.
- Weiner, B. (1974). Achievement motivation as conceptualized by an attribution theorist. In B. Weiner (Ed.), *Achievement motivation and attribution theory*. Morristown: General Learning Press.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York: Guilford Press.
- Weitz, R. (1990). Living with the stigma of AIDS. *Qualitative Sociology*, 13(1), 23-38.
- Wellings, K. et al. (1994). *Sexual behaviour in Britain, The National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles*. London: Penguin.
- Welzer-Lang, D., Meidani, A., Papathanasiou C. (2004). Egalité des genres et résistances des hommes aux changements. *To Vima ton Kinonikon Epistimon*, 1A, 41, 169-194. (article en grec).
- Werth, J., Lord, C.G. (1991). Previous conceptions of the typical group member and the contact hypothesis. *Basic and Applied Social Psychology*, 13(3), 351-369.
- Wilson, P. (1994). Colleague or viral vector? The legal construction of the HIV positive worker. *Law and Policy*, 16(3), 299-321.
- Wright, M.T. (1998). AIDS Survivor Syndrome and Being HIV Positive. *Working paper for synthesis session 12, 2nd European Conference on Methods and Results of Social and Behavioural Research on AIDS*. Paris.
- Wyer, R.S. (1981). An information processing perspective on social attribution. In J.H. Harvey, W. Ickes & R.F. Kidd (eds.), *New directions in attribution research*, (vol. 3). (pp. 359-404). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Zempléni, A. (1985). La maladie et ses causes. *L'ethnographie*, 96-97, 13-44.

Index des schémas

Schéma 3.1 : Causalité scientifique versus causalité profane (Gosling, 1992).....	86
Schéma 3.2 : Le cycle de la vulnérabilité (Papathanasiou, 2011).....	91
Schéma 3.3 : Le Pari de Pascal (Pascal, 1662).....	100
Schéma 3.4 : Trajectoire personnelle et vulnérabilité (Delor, 1997).....	102
Schéma 4.1 : Interactions entre les acteurs de lutte contre le sida (Papathanasiou, 2011).....	143
Schéma 5.1 : Dissonance cognitive.....	249
Schéma 5.2 : VIH et intervention étatique.....	254
Schéma 7.1 : Présentation schématique du protocole expérimental.....	313
Schéma 7.2 : Responsabilisation des usagers de drogues.....	333
Schéma 7.3 : Responsabilisation des transfusés.....	333
Schéma 8.1 : Approche contagioniste et morale.....	367

Index des tableaux

Tableau 4.1 : Les hypothèses.....	138
Tableau 4.2 : Présentation des recherches.....	149
Tableau 5.1 : Attribution de responsabilité selon les caractéristiques du groupe et intervention.....	174
Tableau 5.2 : Groupes et facteurs de vulnérabilité.....	195
Tableau 5.3 : Facteurs de vulnérabilité et attributions.....	195
Tableau 5.4 : Significations du « cadre ».....	208
Tableau 5.5 : Extraits du discours militant.....	231

Tableau 5.6 : Attributions causales de vulnérabilité au VIH/sida par groupe spécifique.....	234
Tableau 6.1 : Présentation des journaux.....	263
Tableau 7.1 : Hypothèse générale et variables.....	312
Tableau 7.4 : Présentation du scénario de la première manipulation expérimentale....	320
Tableau 7.5 : Le sexe et le groupe d'appartenance du protagoniste du scénario de la deuxième manipulation expérimentale.....	324
Tableau 7.6 : Analyse factorielle dans les deux études.....	330
Tableau 7.8a : Différences en ce qui concerne les réponses participants sur la base de la 1 ^{ère} manipulation expérimentale.....	334

Index des figures

Figure 6.1 : Nombre d'articles / journal.....	264
Figure 6.2 : Mois de publication.....	265
Figure 6.3 : Catégories des articles.....	266
Figure 6.4 : Auteur.....	266
Figure 6.5 : Taille.....	267
Figure 6.6 : Nombre d'articles / journal.....	268
Figure 6.7 : Corrélation entre titre principal et sous-titres.....	269
Figure 6.8 : Corrélation entre titre et sujet.....	269
Figure 6.9 : Photos.....	270
Figure 6.10 : Corrélation entre photo et titre.....	270
Figure 6.11 : Imagerie photographique.....	271
Figure 6.12 : Graphes.....	272

Figure 6.13 : Corrélation entre graphe et titre.....	272
Figure 6.14 : Eléments épidémiologiques et statistiques.....	273
Figure 6.15 : Experts.....	274
Figure 6.16 : Type de contenu.....	275
Figure 6.17 : Niveau géographique.....	276
Figure 6.18 : Groupe des référence.....	277
Figure 6.19 : Opinion des personnes vivant avec le sida.....	278
Figure 6.20 : Discrimination envers les personnes vivant avec le sida.....	278
Figure 6.21 : Solidarité à l'égard des personnes vivant avec le sida.....	279
Figure 6.22 : Origine ethnique des personnes vivant avec le sida.....	279
Figure 6.23 : Origine ethnique des personnes vivant avec le sida mentionnée.....	280
Figure 6.24 : Mode d'Infection par le VIH.....	280
Figure 6.25 : Mode d'Infection par le VIH mentionné.....	281
Figure 6.26 : Discrimination envers un groupe social.....	282
Figure 6.27 : Solidarité à l'égard d'un groupe social.....	282
Figure 6.28 : Discrimination envers un groupe social mentionné.....	283
Figure 6.29 : Solidarité à l'égard d'un groupe social mentionné.....	283
Figure 6.30 : Stigmatisation.....	284
Figure 6.31 : Usage de la peur.....	285
Figure 6.32 : Appellation de la maladie.....	285

GLOSSAIRE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AIDS	<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
AKOE	<i>Mouvement pour la Libération des Homosexuels en Grèce</i>
ANOVA	<i>Analysis of Variance</i>
CERMES	<i>Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Société</i>
EEMAA	<i>Société Hellénique pour l'Étude et la Lutte contre le Sida</i>
EOK	<i>Communauté Homosexuelle Hellénique</i>
ESDY	<i>École Nationale de Santé Publique</i>
ESY	<i>Système National de Santé</i>
ESYE	<i>Service National de Statistiques de Grèce</i>
GRID	<i>Gay-Related Immuno Deficiency</i>
HAART	<i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i>
KABP	<i>Knowledges, Attitudes, Beliefs and Practices</i>
KEEL	<i>Centre de Contrôle des Infections Spécifiques</i>
KEELPNO	<i>Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies</i>
KKE	<i>Parti Communiste de Grèce</i>
NAT	<i>Technique d'Amplification des Acides Nucléiques</i>
OKANA	<i>Organisation de Lutte contre la Drogue</i>
OLKE	<i>Communauté Homosexuelle et Lesbienne de Grèce</i>
OMS	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
ONG	<i>Organisations Non Gouvernementales</i>
ONUSIDA	<i>Organisation des Nations Unies – SIDA</i>
OTAN	<i>Organisation du Traité de l'Atlantique Nord</i>
PACS	<i>Pacte Civile de Solidarité</i>
PASOK	<i>Mouvement Socialiste Panhellénique</i>
PCR	<i>Réaction en Chaîne par Polymérase</i>
PED	<i>Pays en développement</i>
PNB	<i>Produit National Brut</i>
PSA	<i>Psychologie Sociale Appliquée</i>
PVS	<i>Personnes Vivant avec le Sida</i>
SIDA	<i>Syndrome Immuno Déficitaire Acquis</i>
VIH	<i>Virus Immuno-déficitaire humain</i>
YPEPTH	<i>Ministère de l'Éducation Nationale et des Religions</i>

Sommaire des annexes

Annexe I - Première recherche : Entretiens avec les acteurs de santé publique

- Lettre de participation à la recherche.....404
- Guide d'entretien.....405
- Fiche d'identité d'interviewé(e).....406
- Fiche d'évaluation des interviews.....407
- Tableaux des personnes interviewées.....408
- Liste des organisations participées.....412

Annexe II - Deuxième recherche : Analyse de Presse

- Questionnaire.....413
- Photos.....418

Annexe III - Troisième recherche : Manipulations expérimentales

- Lettre de participation à la recherche.....419
- Questionnaires.....420
- Tableaux statistiques.....442

Annexe I - PREMIERE RECHERCHE

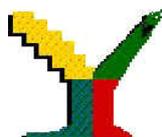
▪ Lettre de participation à la recherche

ECOLE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE (ECOLE D'HYGIENISTE D'ATHENES 1929-1994)



DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

Pr. D. Agrafiotis



ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SCIENCES SOCIALES
Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Société (CNRS/EHESS/INSERM)

Athènes, le 29 mars 2005

Cher monsieur, chère madame...,

Le Centre de recherche médecine, science, santé et société (CERMES) de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales de Paris, en collaboration avec la faculté de sociologie de l'École Nationale de Santé Publique d'Athènes préparent une recherche concernant les politiques de réaction face au sida en Grèce. Dans le cadre de cette recherche sera rédigée la thèse de doctorat de M. Chrysovalantis Papathanasiou.

Durant cette recherche seront effectuées des entretiens avec des hommes politiques du Parlement grec et des collectivités locales qui s'occupent de sujets de santé publique. (HOMMES POLITIQUES)

[Durant cette recherche seront effectuées des entretiens avec des cadres du Système national de santé, afin d'enquêter sur le niveau de sensibilisation sur les questions liées au sida.] (CADRES)

[Durant cette recherche seront effectuées des entretiens avec des représentants des structures scientifiques traitant des questions de santé publique afin d'enquêter sur le niveau de sensibilisation sur le sida.] (SCIENTIFIQUES)

[Durant cette recherche seront effectuées des entretiens avec des représentants d'organisations non gouvernementales (ONG), qui, de leur position et leur expérience peuvent fournir des informations utiles sur la prévention du sida par rapport au groupe cible de leur organisation.] (MILITANTS)

Il nous semble très intéressant pour notre recherche de recueillir également votre témoignage en raison de votre place et expérience.

Nous vous informons que l'entretien sera enregistré et durera en tout approximativement une demi- heure.

Nous nous engageons naturellement à garder le secret professionnel et nous promettons d'observer avec sévérité les conditions de l'anonymat. Nous avons également prévu de déposer les résultats de nos analyses aux hommes politiques qui ont participé à notre recherche.

Le chercheur est à votre disposition pour toutes questions ou précisions à la fois avant et pendant l'entretien.

Cordialement

Dimosthenis Agrafiotis
Professeur en sociologie

Doyen ENSP

-TRADUIT DU GREC-

▪ **Guide d'entretien**

Consigne : p.155

- *Quelles sont les organisations avec lesquels vous collaborez régulièrement ?*
- *Est-ce que vous pensez que le public est sensibilisé aux questions de santé en général et plus précisément au sida ?*
- *Comment vous voyez la prévention sur les questions de santé et plus précisément sur les questions du sida ?*
- *Selon vous qui a contribué à l'information du sida en Grèce ?*
- *Comment évaluez-vous l'action d'État et des ONG concernant la lutte contre le sida dans notre pays ?*
- *Selon vous est-ce qu'il y a des groupes qui risquent du sida plus que des autres ? Lesquels ?*
- *Comment appréciez-vous les actions mises en place concernant l'information de la population générale?*
- *Comment appréciez-vous les actions mises en place concernant l'information des groupes vulnérables?*
 - ✓ *Homosexuels*
 - ✓ *Usagers de drogues*
 - ✓ *Prostituées*
 - ✓ *Immigrés*
 - ✓ *Hémophiles/Transfusés*
- *Quel est votre opinion sur les programmes scolaires de l'éducation à la santé ?*
- *Est-ce que vous croyez qu'il faut introduire dans le programme scolaire l'éducation sexuelle ? Pourquoi cette matière n'est pas encore introduite ?*
- *Selon vous est-ce qu'il y a des dispositifs qui sont efficaces dans la lutte contre le sida ?*
- *Quel est le rôle de l'Union européenne dans ce domaine ?*
- *Toute information supplémentaire*

▪ **Fiche d'identité d'interviewé(e)**

FICHE D'IDENTITE DE LA PERSONNE INTERVIEWEE

DATE: _____

LIEU: _____

CATEGORIE : • Homme politique • Personnel Administratif • Scientifique • Militant

NOM/PRENOM : _____

PROFESSION : _____

INSTITUTION: _____

POSTE: _____

ANNEES: _____

AGE:

- 25 – 35
- 36 – 45
- 46 – 55
- 56+

ELEMENTS SUPPLEMENTAIRES/NOTES:

▪ **Fiche d'évaluation des interviews**

Fiche d'évaluation

Nom et prénom :

Groupe cible (homme politique, personnel administratif, scientifique, militant) :

Date :

Lieu :

- Accueil réservé lors des prises de rendez-vous :

- Problèmes et/ou éléments positifs rencontrés lors de l'interview :
+
-

- Observation :
 - sur la manière d'aborder l'interview

 - sur les interactions

 - langage

 - communication non verbale

- Impression générale :

- Quels thèmes sont émergents d'entretien ?

- Par rapport aux hypothèses du départ :
Confirmation ? Surprise ? Eléments nouveaux imprévus ?

- Divers :

- **Tableaux des personnes interviewées**

Caractéristiques socio-démographiques

HOMMES POLITIQUES

CODE	AGE	PROFFESION	PARTI	POSTE	ANNEES
POL01	56+	Docteur en Médecine - Optalmologue	Nea Dimocratia	Ex-Ministre de la santé	1990-1991
POL02	56+	Docteur en Médecine - Chirurgien	PASOK	Responsable de comité-santé	10
POL03	56+	Médecin - Pédiatre	KKE	Responsable de comité- santé	3
POL04	56+	Docteur en Médecine - Pharmacologue	PASOK	Ex-Ministre de la santé	2000-2001
POL05	56+	Médecin Interne	Nea Dimocratia	Députée - Conseillère municipale de la Mairie d'Athènes	2003-2004 1986-1990
POL06	56+	Dentiste	Synaspismos	Responsable de comité – santé	5
POL07	36-45	Journaliste	Nea Dimocratia	Echevin de la Mairie d'Athènes (Département de la Santé)	Depuis 01/01/2005
POL08	56+	Médecin- Microbiologiste	PASOK	Sous-Ministre de la santé	1996-2000
POL09	56+	Juriste	PASOK	Ministre de la santé	1988-1989
POL10	46-55	Psychiatre-Docteur	PASOK	Deputée européenne	1999-2004

PERSONNEL ADMINISTRATIF

CODE	AGE	PROFFESION	ORGANISATION	POSTE	ANNEES
ADM01	46-55	Infirmière	A' Système National et Périphérique de Santé (PESY)	Responsable des ressources humaines	3
ADM02	46-55	Psychologue	Secrétariat générale de jeunesse (GGNG)	Responsable du département de politique sociale	18
ADM03	46-55	Dentiste – Enseignante	A' Direction de l'enseignement secondaire	Responsable du bureau de l'éducation à la santé	8
ADM04	25-35	Educateur	Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies (KEELPNO)	Responsable du département d'éducation	4
ADM05	36-45	Psychologue	KEELPNO	Responsable du centre des conseils	12
ADM06	25-35	Psychologue	Organisation contre la drogue (OKANA)	Responsable du département de prévention	4
ADM07	36-45	Sociologue	KEELPNO	Responsable du bureau de soutien psycho-social	10
ADM08	36-45	Médecin	KEELPNO	Responsable de l'unité mobile d'information	12
ADM09	56+	Economologue	KEELPNO	Responsable du bureau des relations internationales et de communication	10
ADM10	36-45	Docteur en Psychologie sociale	KEELPNO	Responsable du département d'intervention dans la communauté	12 KEELPNO 1 mois au Département

SCIENTIFIQUES

CODE	AGE	PROFFESION	INSTITUTION	POSTE	ANNEES
SCI01	56+	Docteur en Médecine – Gynécologue	Institut hellénique de sexologie	Directeur	20
SCI02	46-55	Docteur en Médecine – Psychiatre	Institution social panhellénique de prévention et d'éducation à la santé	Directeur	5
SCI03	36-45	Psychologue, DEA	École Nationale de Santé Publique (ESDY) Département de Sociologie	Collaborateur scientifique	15
SCI04	56+	Médecin- Gynécologue	Ordre des médecins d'Athènes	Président	3
SCI05	46-55	Docteur en Médecine Sociale	Société hellénique d'éducation et de promotion à la santé	Président	16
SCI06	56+	Docteur en Santé publique	ESDY Département d'Hygiène publique et administrative	Professeur	18
SCI07	56+	Docteur en Epidémiologie	ESDY Département d'Epidémiologie et de Biostatistique	Professeur	8
SCI08	56+	Docteur en Sociologie	ESDY Département de Sociologie	Professeur- Doyen	21 2
SCI09	56+	Medecin – Docteur en Cardiologie	Société hellénique de médecine préventive	Président	6
SCI10	46-55	Médecin – Docteur en médecine interne	Société hellénique pour l'étude et la lutte contre le sida	Président	3

MILITANTS

CODE	AGE	PROFFESION	ASSOCIATION	POSTE	ANNEES
MIL01	36-45	Docteur en Travail social	Centre de traitement des personnes toxicodépendantes (KETHEA)	Directeur	10
MIL02	36-45	Photographe	Communauté gay et lesbienne de Grèce (OLKE)	Président	1
MIL03	25-35	Psychologue	Association de lutte contre le sida <i>Centre de vie</i>	Directrice	4
MIL04	25-35	Ecrivain	Association de lutte contre le sida <i>Synthesi & Magazine gay 10%</i>	Membre de Conseil administratif	4
MIL05	46-55	Journaliste	Observatoire des traités d'Elsinki Association des personnes prostituées en Grèce	Président	4
MIL06	36-45	Ingénieur	Association de lutte contre le sida <i>Synthesi</i>	Membre de Conseil administratif	4
MIL07	36-45	Médecin	Association de lutte contre le sida <i>ACT UP</i>	Président	6
MIL08	25-35	Travailleur social	Programmes de développement, de soutien social et de coopération médicale (PRAKSIS)	Responsable des projets	5 mois
MIL09	56+	Ygiéniste	Association de lutte contre le sida <i>Yposhesi</i>	Vice-Président	5
MIL10	25-35	Médecin	Programmes de développement, de soutien social et de coopération médicale (PRAKSIS)	Coordinateur	1

▪ Liste des organisations participées

Organisations publiques

- A' PESY Système nationale et périphérique de la santé
- OKANA Organisation contre les drogues
- KEELPNO Centre de contrôle et de prévention des maladies
- GGNG Secrétariat générale de jeunesse
- A' Direction d'enseignement secondaire – Bureau d'éducation à la santé

Organisations non gouvernementales (ONG)

- OLKE Communauté gay et lesbienne de Grèce (**homosexuel-le-s**)
- KETHEA Centre de traitement des personnes toxicodépendantes (**usagers de drogues**)
- Association des personnes prostituées de Grèce (**prostitué-e-s**)
- PRAKSIS Programmes de développement, de soutien social et de coopération médicale (**immigrés**)
- Observatoire des traités d'Eltsinki (**minorités sociales**)

Associations de lutte contre le sida

- KENTRO ZOIS
- ACT UP
- SYNTHESI
- YPOSHESI

Instituts / Sociétés scientifiques

- Institut hellénique de sexologie
- Institution social panhellénique de prévention et d'éducation à la santé
- Société hellénique d'éducation et de promotion à la santé
- Ordre des médecins d'Athènes
- Ecole Nationale de Santé publique (Département de Sociologie, Département d'Epidémiologie et de Biostatistique, Département d'Hygiène publique et administrative)
- Société hellénique de médecine préventive
- Société hellénique pour l'étude et la lutte contre le sida

Annexe II - DEUXIEME RECHERCHE

QUESTIONNAIRE

1. N° de questionnaire
2. Nom du journal
3. Date de publication de l'article/...../.....
4. Type de l'article :
 - a. Informatif
 - b. Vulgarisation
 - c. Editorial
 - d. Opinion
 - e. Autre
5. Auteur de l'article :
 - a. Agence de presse
 - b. Journaliste (nom complet)
 - c. Journaliste (initiales du nom)
 - d. Expert
 - e. Autre
 - f. Non-mentionné
6. Taille de l'article :
 - a. Petite
 - b. Moyenne
 - c. Grande
 - d. Enorme
7. Titre principal de l'article :
8. Sous-titre/Sous-titres :
9. Est-ce qu'il y a un rapport entre le titre principal et le sous-titre / les sous-titres ?
Oui Non
10. Sujet principal de l'article :
11. Est-ce qu'il y a un rapport entre le titre et le sujet de l'article ?
Oui Non
12. Est-ce qu'il y a des photos ?
Oui Non
13. Qu'est-ce que les photos présentent ?
 - a. Homme blanc
 - b. Femme blanche

- c. Enfant blanc
- d. Homme de couleur
- e. Femme de couleur
- f. Enfant de couleur
- g. Homme séropositif blanc
- h. Femme séropositive blanche
- i. Enfant séropositif blanc
- j. Homme séropositif de couleur
- k. Femme séropositive de couleur
- l. Enfant séropositif de couleur
- m. Couple hétérosexuel (Homme-Femme)
- n. Couple homosexuel :
 - Homme/Homme
 - Femme/Femme
- o. Scientifique/Chercheur :
 - Grec
 - Etranger
- p. Professionnels de santé
- q. Hôpital
- r. Laboratoire clinique
- s. Médicaments / Vaccin
- t. Homme politique :
 - Grec
 - Etranger
- u. Artiste :
 - Grec
 - Etranger
- v. Chef religieux :
 - Grec
 - Etranger
- w. Journaliste :
 - Grec
 - Etranger
- x. Ruban rouge
- y. Préservatif
- z. Campagne d'information (affiches, brochures...)
- aa. Manifestations
- bb. Démonstrations

- cc. Autre
14. Est-ce qu'il y a un rapport entre le titre et la photo ?
Oui Non
15. Est-ce qu'il y a des graphiques ?
Oui Non
16. Est-ce qu'il y a un rapport entre le titre et le graphique ?
Oui Non
17. Est-ce qu'il y a des éléments épidémiologiques / statistiques ?
Oui Non
18. Est-ce qu'il y a l'opinion des experts ?
Oui Non
19. Type de contenu :
- a. Informatif
 - b. Idéologique
 - c. Politique
 - d. Scientifique
 - e. Autre
20. Niveau géographique :
- a. National
 - b. Européen
 - c. International
 - d. Non-mentionné
21. Groupe de référence :
- a. Population générale
 - b. Hommes
 - c. Femmes
 - d. Enfants
 - e. Hétérosexuels
 - f. Homosexuels
 - g. Bisexuels
 - h. Transsexuels
 - i. Usagers des drogues
 - j. Réfugiés, immigrés, minorités ethniques
 - k. Hémophiles / Multitransfusés
 - l. Personnes séropositives
 - m. Autre
22. Est-ce qu'il y a l'opinion d'une personne séropositive ?
Oui Non

23. Est-ce qu'il y a des messages de discrimination envers les personnes séropositives ?

Oui Non

Si oui, mentionnez le(s) message(s) :

24. Est-ce qu'il y a des messages de solidarité pour les personnes séropositives ?

Oui Non

Si oui, mentionnez le(s) message(s) :

25. Est-ce que l'origine ethnique des personnes séropositives est indiquée ?

Oui Non

Si oui, mentionnez le pays / l'origine ethnique :

26. Est-ce que le mode de contamination des personnes séropositives est indiqué ?

Oui Non

Si oui, mentionnez le mode de contamination :

27. Est-ce qu'il y a des messages de discrimination envers un groupe social concret ?

Oui Non

Si oui, mentionnez le(s) groupe(s) et le(s) message(s) :

28. Est-ce qu'il y a des messages de solidarité pour un groupe social concret ?

Oui Non

Si oui, mentionnez le(s) groupe(s) et le(s) message(s) :

29. Est-ce qu'il y a des mots stigmatisants ?

Oui Non

Si oui, mentionnez le(s) mot(s) :

30. Usage de peur :

Oui Non

Si oui, mentionnez le(s) mot(s) ou la/les phrase(s) :

31. Appellation de la maladie :

a. AIDS

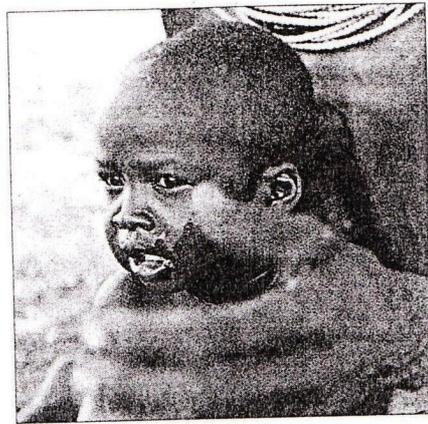
b. Aids

c. aids

d. EITZ

- e. Έιτζ
- f. έιτζ
- g. ΣΕΑΑ
- h. Autre

PHOTOS – PRESSE





Annexe III - TROISIEME RECHERCHE

▪ Lettre de participation à la recherche

Thémis APOSTOLIDIS

Professeur des Universités, Psychologie sociale de la santé

UFR de Psychologie et Sciences de l'Education

Université de Provence

29, Avenue Robert Schuman, 13 621 Aix-en- Provence, France

Mail : themistoklis.apostolidis@univ-provence.fr

Cher Monsieur / Chère Madame,

Dans le cadre de la thèse de doctorat de M. Chrysovalantis Papathanasiou, pour laquelle je suis professeur supervisant, est réalisée une recherche concernant les représentations sociales du VIH qui s'intègre aux activités de recherche du Laboratoire de psychologie Sociale de l'Université de Provence.

La recherche vise à identifier les représentations sociales concernant l'attribution de responsabilité aux porteurs du sida, selon la manière dont ils ont été infectés, leur sexe et leur origine ethnique. Un échantillon de la recherche sera constitué par les étudiants des Départements Pédagogiques de l'Enseignement Primaire des Universités grecques, reconnaissant le rôle important des enseignants de l'enseignement primaire dans la formation des attitudes et des comportements dans la société.

Nous voudrions demander votre aide dans la mise en œuvre de cette de recherche, permettant à nos chercheurs de distribuer et rassembler les questionnaires dans le cadre de vos cours. Il faut environ 15 minutes pour compléter le questionnaire.

Pour toute information ou précision supplémentaire, nous vous prions de contacter M. Papathanasiou (tel. 6982968418, E-mail: val_papathanasiou@yahoo.com).

Merci d'avance pour votre soutien pour cette recherche.

Cordialement,

Thémis Apostolidis

-TRADUIT DU GREC-

▪ Questionnaires

1) Questionnaire de la première manipulation expérimentale



Université de Provence Aix-Marseille I

QUESTIONNAIRE

Dans le cadre d'une recherche, nous étudions la manière dont nous concevons et nous expliquons ce que nous arrive dans la vie. Nous vous demandons de participer à notre enquête en répondant à certaines questions. Il est clair qu'il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Ce qui compte est votre avis personnel, nous vous prions donc de répondre avec franchise et spontanéité. Répondez à toutes les questions. L'enquête est **anonyme** et les éléments que vous donnerez seront utilisés exclusivement dans des buts de recherche. Votre participation constituera une aide inestimable pour notre travail.

Pour répondre à chaque question, nous proposons une échelle de 7 points, tels que ceux trouvés dans les exemples suivants. Chaque fois nous vous demandons d'encercler le chiffre qui correspond le mieux à votre opinion, après avoir regardé attentivement l'échelle proposée.

Par exemple :

- L'exercice physique est bon pour la santé.

Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

Pour répondre à l'aide de l'échelle proposée :

- Si vous considérez que l'exercice physique est bon pour la santé, entourez le chiffre 7.
- Si vous considérez que l'exercice physique n'est pas bon du tout pour la santé, entourez le chiffre 1.
- Si vous n'êtes ni d'accord, ni pas d'accord, entourez le chiffre 4.
- Si vous êtes très d'accord, entourez le chiffre 6.
- Si vous n'êtes vraiment pas d'accord, entourez le chiffre 2.
- Si vous êtes assez d'accord, entourez le chiffre 5.
- Si vous n'êtes pas tout à fait d'accord, entourez le chiffre 3.

Ci-dessous vous trouverez certaines opinions sur la transmission du sida et sur la position à tenir face à un porteur. Nous vous prions de les lire attentivement et de donner votre propre opinion à l'aide de l'échelle proposée.

1. Une personne peut attraper le sida suite à une transfusion sanguine.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

2. Une personne ne peut pas attraper le sida s'il utilise des toilettes utilisées par un malade du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

3. Une personne peut attraper le sida en ayant des relations sexuelles avec un toxicomane.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

4. Une personne peut attraper le sida en serrant dans ses bras quelqu'un qui a le sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

5. Un femme enceinte qui a le sida peut le transmettre à son enfant.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

6. Une personne ne peut pas attraper le sida s'il porte les vêtements de quelqu'un qui a le sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

7. Une personne peut attraper le sida en ayant des relations sexuelles avec un homosexuel.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

8. Une personne peut attraper le sida en donnant du sang.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

9. Une personne peut attraper le sida en utilisant les couverts auparavant utilisés par quelqu'un qui a le sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

10. Une personne peut attraper le sida en serrant la main de quelqu'un qui a le sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

11. Une personne peut attraper le sida en ayant des relations sexuelles avec des prostitués.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

12. Une personne peut attraper le sida en étant hospitalisé dans la même chambre que quelqu'un ayant le sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

13. Une personne peut attraper le sida en ayant des relations sexuelles avec un immigré(e)s.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

14. Le sida ne peut pas être transmis par activité sexuelle avec préservatif.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

15. Il devrait être interdit à un enfant porteur du sida d'aller à l'école.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

16. Je comprends les médecins qui refusent de soigner des malades du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

17. Il faut isoler les malades du sida du reste de la population.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

18. Les toxicomanes devraient être traités comme des criminels.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

19. Dans les hôpitaux, il ne faut pas isoler les malades du sida des autres malades.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

20. Le sida est une punition provenant de Dieu.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

Nous vous présentons un court extrait d'un entretien avec Pavlos, un porteur du sida, dans une recherche sociologique menée par l'Université des Sciences Sociales. Nous vous prions de lire attentivement l'entretien.

Pavlos a 25 ans, diplômé du Département pédagogique de l'enseignement primaire. Nous l'avons rencontré et il a accepté de répondre à certaines de nos questions.

(...)

Chercheur : «Comment avez-vous appris que vous étiez porteur du sida?»

Pavlos : «Par mon médecin. Il m'a demandé de faire quelques examens parmi lesquels le test de dépistage du sida... je dois dire qu'il m'a annoncé le résultat avec beaucoup de tact... mais c'est très dur d'apprendre que tu es porteur...»

Chercheur : «Comment croyez-vous avoir été contaminé ?»

Pavlos : «...C'était la première chose à laquelle j'ai pensé... c'est arrivé l'année passée... j'avais une relation avec une femme... on avait des relations sexuelles...»

Chercheur : «Vous êtes sûr que c'est comme ça que vous avez été contaminé ?»

Pavlos : «Oui... Aujourd'hui je suis sûr... je me suis renseigné d'abord... toutes mes relations précédentes avaient fait le test et il était négatif... les médecins sont sûrs... j'ai appris un peu plus tard... qu'elle était séropositive... c'est comme ça que j'ai été contaminé...»

Chercheur : «Et votre vie, aujourd'hui ?»

Pavlos : «...Tout a clairement changé... ma vie est sens dessus dessous... maintenant j'essaie d'en ramasser les morceaux et de commencer une nouvelle vie... tout en me posant tout le temps la même question : "pourquoi moi ?" ...»

Nous vous présentons un court extrait d'un entretien avec Pavlos, un porteur du sida, dans une recherche sociologique menée par l'Université des Sciences Sociales. Nous vous prions de lire attentivement l'entretien.

Pavlos a 25 ans, diplômé du Département pédagogique de l'enseignement primaire. Nous l'avons rencontré et il a accepté de répondre à certaines de nos questions.

(...)

Chercheur : «Comment avez-vous appris que vous étiez porteur du sida?»

Pavlos : «Par mon médecin. Il m'a demandé de faire quelques examens parmi lesquels le test de dépistage du sida... je dois dire qu'il m'a annoncé le résultat avec beaucoup de tact... mais c'est très dur d'apprendre que tu es porteur...»

Chercheur : «Comment croyez-vous avoir été contaminé ?»

Pavlos : «...C'était la première chose à laquelle j'ai pensé... c'est arrivé l'année passée... j'avais une relation avec un homme... on avait des relations sexuelles...»

Chercheur : «Vous êtes sûr que c'est comme ça que vous avez été contaminé ?»

Pavlos : «Oui... Aujourd'hui je suis sûr... je me suis renseigné d'abord... toutes mes relations précédentes avaient fait le test et il était négatif... les médecins sont sûrs... j'ai appris un peu plus tard... qu'elle était séropositive... c'est comme ça que j'ai été contaminé...»

Chercheur : «Et votre vie, aujourd'hui ?»

Pavlos : «...Tout a clairement changé... ma vie est sens dessus dessous... maintenant j'essaie d'en ramasser les morceaux et de commencer une nouvelle vie... tout en me posant tout le temps la même question : "pourquoi moi ?"..."»

Nous vous présentons un court extrait d'un entretien avec Pavlos, un porteur du sida, dans une recherche sociologique menée par l'Université des Sciences Sociales. Nous vous prions de lire attentivement l'entretien.

Pavlos a 25 ans, diplômé du Département pédagogique de l'enseignement primaire. Nous l'avons rencontré et il a accepté de répondre à certaines de nos questions.

(...)

Chercheur : «Comment avez-vous appris que vous étiez porteur du sida?»

Pavlos : «Par mon médecin. Il m'a demandé de faire quelques examens parmi lesquels le test de dépistage du sida... je dois dire qu'il m'a annoncé le résultat avec beaucoup de tact... mais c'est très dur d'apprendre que tu es porteur...»

Chercheur : «Comment croyez-vous avoir été contaminé ?»

Pavlos : «...C'était la première chose à laquelle j'ai pensé... c'est arrivé l'année passée... j'étais avec un groupe de copains et j'ai pris de l'héroïne en utilisant la même seringue...»

Chercheur : «Vous êtes sûr que c'est comme ça que vous avez été contaminé ?»

Pavlos : «Oui... Aujourd'hui je suis sûr... je me suis renseigné d'abord... les médecins sont sûrs...on m'a dit un peu plus tard... qu'une personne du groupe était séropositive... c'est comme ça que j'ai été contaminé...»

Chercheur : «Et votre vie, aujourd'hui ?»

Pavlos : «...Tout a clairement changé... ma vie est sens dessus dessous... maintenant j'essaie d'en ramasser les morceaux et de commencer une nouvelle vie... tout en me posant tout le temps la même question : "pourquoi moi ?" ...»

Nous vous présentons un court extrait d'un entretien avec Pavlos, un porteur du sida, dans une recherche sociologique menée par l'Université des Sciences Sociales. Nous vous prions de lire attentivement l'entretien.

Pavlos a 25 ans, diplômé du Département pédagogique de l'enseignement primaire. Nous l'avons rencontré et il a accepté de répondre à certaines de nos questions.

(...)

Chercheur : «Comment avez-vous appris que vous étiez porteur du sida?»

Pavlos : «Par mon médecin. Il m'a demandé de faire quelques examens parmi lesquels le test de dépistage du sida... je dois dire qu'il m'a annoncé le résultat avec beaucoup de tact... mais c'est très dur d'apprendre que tu es porteur...»

Chercheur : «Comment croyez-vous avoir été contaminé ?»

Pavlos : «...C'était la première chose à laquelle j'ai pensé... c'est arrivé l'année passée... j'ai eu un accident et j'ai perdu beaucoup de sang... il a fallu me transfuser...»

Chercheur : «Vous êtes sûr que c'est comme ça que vous avez été contaminé ?»

Pavlos : «Oui... Aujourd'hui je suis sûr... je me suis renseigné d'abord... les médecins sont sûrs...ça a été prouvé plus tard, chaque bouteille de sang a un numéro propre... c'est comme ça que j'ai été contaminé...»

Chercheur : «Et votre vie, aujourd'hui ?»

Pavlos : «...Tout a clairement changé... ma vie est sens dessus dessous... maintenant j'essaie d'en ramasser les morceaux et de commencer une nouvelle vie... tout en me posant tout le temps la même question : "pourquoi moi ?" ...»

Voici quelques opinions et questions concernant le protagoniste de l'entretien que vous avez lu. Nous vous prions de les lire attentivement et de donner votre opinion personnelle à l'aide de l'échelle proposée.

1. Ce sont ses conditions de vie qui ont fait de Pavlos un porteur du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

2. C'est par hasard que Pavlos est devenu porteur du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

3. Le sida est une punition pour Pavlos.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

4. Pavlos n'est pas dangereux pour la société.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

5. Vous accepteriez :

- de serrer la main de Pavlos ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

- de manger à la maison de Pavlos ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

- de prêter vos vêtements à Pavlos ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

- de vivre avec Pavlos ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

6. Pavlos ne connaissait pas les modes de contamination du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

7. Pavlos est personnellement responsable de son état actuel.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

8. C'était le destin de Pavlos de devenir porteur du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

9. Avec le mode de vie qu'avait Pavlos, on ne pouvait pas s'attendre à ce qu'il devienne porteur du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

10. Pavlos est le seul responsable pour être maintenant porteur du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

11. D'après vous, Pavlos devrait avoir droit à :

- suivi et traitements médicaux à domicile gratuits ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

- retraite et allocation complémentaire de maladie ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

12. Le fait que Pavlos est porteur du sida devrait être inscrit ;

- sur son carnet d'assurance ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

- sur son livret de santé ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

- sur sa carte d'identité et son passeport ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

13. Si Pavlos avait besoin de premiers secours, lui feriez-vous du bouche-à-bouche ?

NON 1 2 3 4 5 6 7 **OUI**

14. Pavlos a étudié la pédagogie. D'après vous, Pavlos peut-il exercer la profession de professeur des écoles ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 **Tout à fait**

15. Vous auriez confiance en Pavlos en tant que professeur de vos enfants ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 **Tout à fait**

16. Vous confieriez à Pavlos la garde de vos enfants quand vous n'êtes pas à la maison ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 **Tout à fait**

17. Vous pourriez travailler dans la même école que Pavlos ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 **Tout à fait**

18. Globalement, votre image de Pavlos est :

Tout à fait négative 1 2 3 4 5 6 7 **Tout à fait positive**

19. Pavlos est porteur du sida. Le risque de devenir porteur du sida est le même :

- pour vous

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

- pour vos amis

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

- pour tous les Grecs

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

À ce point vous nous prions de nous donner certaines informations sur vous. Nous vous rappelons que le questionnaire est **ANONYME** et les informations ci-dessous ne seront utilisées qu'à des fins statistiques.

Sexe : Homme Femme

Âge : _____

Université, faculté : _____

Année d'études : _____

Vous êtes pieux/pieuse ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 **Tout à fait**

Nous vous remercions chaleureusement pour votre participation à l'enquête que nous faisons sur les connaissances, les positions, et les croyances sur le sida et les porteurs du sida. L'entretien que vous avez lue est imaginaire et a été inventée par les chercheurs pour les besoins de la recherche.

Si vous avez des questions ou si vous voulez plus d'informations sur l'identité et le but de l'enquête, s'il vous plaît, contactez-nous à l'adresse suivante:

val_papathanasiou@yahoo.com

Fin du questionnaire

2) Questionnaire de la deuxième manipulation expérimentale



Université de Provence Aix-Marseille I

QUESTIONNAIRE

Dans le cadre d'une recherche, nous étudions la manière dont nous concevons et nous expliquons ce que nous arrive dans la vie. Nous vous demandons de participer à notre enquête en répondant à certaines questions. Il est clair qu'il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Ce qui compte est votre avis personnel, nous vous prions donc de répondre avec franchise et spontanéité. Répondez à toutes les questions. L'enquête est **anonyme** et les éléments que vous donnerez seront utilisés exclusivement dans des buts de recherche. Votre participation constituera une aide inestimable pour notre travail.

Pour répondre à chaque question, nous proposons une échelle de 7 points, tels que ceux trouvés dans les exemples suivants. Chaque fois nous vous demandons d'encercler le chiffre qui correspond le mieux à votre opinion, après avoir regardé attentivement l'échelle proposée.

Par exemple :

- L'exercice physique est bon pour la santé.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

Pour répondre à l'aide de l'échelle proposée :

- Si vous considérez que l'exercice physique est bon pour la santé, entourez le chiffre 7.
- Si vous considérez que l'exercice physique n'est pas bon du tout pour la santé, entourez le chiffre 1.
- Si vous n'êtes ni d'accord, ni pas d'accord, entourez le chiffre 4.
- Si vous êtes très d'accord, entourez le chiffre 6.
- Si vous n'êtes vraiment pas d'accord, entourez le chiffre 2.
- Si vous êtes assez d'accord, entourez le chiffre 5.
- Si vous n'êtes pas tout à fait d'accord, entourez le chiffre 3.

Ci-dessous vous trouverez certaines opinions sur la transmission du sida et sur la position à tenir face à un porteur. Nous vous prions de les lire attentivement et de donner votre propre opinion à l'aide de l'échelle proposée.

1. Une personne peut attraper le sida suite à une transfusion sanguine.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

2. Une personne ne peut pas attraper le sida s'il utilise des toilettes utilisées par un malade du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

3. Une personne peut attraper le sida en ayant des relations sexuelles avec un toxicomane.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

4. Une personne peut attraper le sida en serrant dans ses bras quelqu'un qui a le sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

5. Une femme enceinte qui a le sida peut le transmettre à son enfant.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

6. Une personne ne peut pas attraper le sida s'il porte les vêtements de quelqu'un qui a le sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

7. Une personne peut attraper le sida en ayant des relations sexuelles avec un homosexuel.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

8. Une personne peut attraper le sida en donnant du sang.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

9. Une personne peut attraper le sida en utilisant les couverts auparavant utilisés par quelqu'un qui a le sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

10. Une personne peut attraper le sida en serrant la main de quelqu'un qui a le sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

11. Une personne peut attraper le sida en ayant des relations sexuelles avec des prostitués.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

12. Une personne peut attraper le sida en étant hospitalisé dans la même chambre que quelqu'un ayant le sida.

Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
13. Une personne peut attraper le sida en ayant des relations sexuelles avec un immigré(e)s.								
Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
14. Le sida ne peut pas être transmis par activité sexuelle avec préservatif.								
Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
15. Il devrait être interdit à un enfant porteur du sida d'aller à l'école.								
Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
16. Je comprends les médecins qui refusent de soigner des malades du sida.								
Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
17. Il faut isoler les malades du sida du reste de la population.								
Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
18. Les toxicomanes devraient être traités comme des criminels.								
Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
19. Dans les hôpitaux, il ne faut pas isoler les malades du sida des autres malades.								
Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
20. Le sida est une punition provenant de Dieu.								
Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord

Nous vous présentons un court extrait d'un entretien avec Thomas, un porteur du sida, dans une recherche sociologique menée par l'Université des Sciences Sociales. Nous vous prions de lire attentivement l'entretien.

Thomas a 25 ans. Nous l'avons rencontré et il a accepté de répondre à certaines de nos questions.

(...)

Chercheur : «Comment avez-vous appris que vous étiez porteur du sida?»

Thomas : «Par mon médecin. Il m'a demandé de faire quelques examens parmi lesquels le test de dépistage du sida... je dois dire qu'il m'a annoncé le résultat avec beaucoup de tact... mais c'est très dur d'apprendre que tu es porteur...»

Chercheur : «Comment croyez-vous avoir été contaminé ?»

Thomas : «...C'était la première chose à laquelle j'ai pensé... c'est arrivé l'année passée... j'avais une relation avec une femme... on avait des relations sexuelles...»

Chercheur : «Vous êtes sûr que c'est comme ça que vous avez été contaminé ?»

Thomas : «Oui... Aujourd'hui je suis sûr... je me suis renseigné d'abord... toutes mes relations précédentes avaient fait le test et il était négatif... les médecins sont sûrs... j'ai appris un peu plus tard... qu'elle était séropositive... c'est comme ça que j'ai été contaminé...»

Chercheur : «Et votre vie, aujourd'hui ?»

Thomas : «...Tout a clairement changé... ma vie est sens dessus dessous... maintenant j'essaie d'en ramasser les morceaux et de commencer une nouvelle vie... tout en me posant tout le temps la même question : "pourquoi moi ?" ...»

B

Nous vous présentons un court extrait d'un entretien avec Vlad, un porteur du sida, dans une recherche sociologique menée par l'Université des Sciences Sociales. Nous vous prions de lire attentivement l'entretien.

Vlad a 25 ans. Nous l'avons rencontré et il a accepté de répondre à certaines de nos questions.

(...)

Chercheur : «Comment avez-vous appris que vous étiez porteur du sida?»

Vlad: «Par mon médecin. Il m'a demandé de faire quelques examens parmi lesquels le test de dépistage du sida... je dois dire qu'il m'a annoncé le résultat avec beaucoup de tact... mais c'est très dur d'apprendre que tu es porteur...»

Chercheur : «Comment croyez-vous avoir été contaminé ?»

Vlad: «...C'était la première chose à laquelle j'ai pensé... c'est arrivé l'année passée... j'avais une relation avec une femme... on avait des relations sexuelles...»

Chercheur : «Vous êtes sûr que c'est comme ça que vous avez été contaminé ?»

Vlad: «Oui... Aujourd'hui je suis sûr... je me suis renseigné d'abord... toutes mes relations précédentes avaient fait le test et il était négatif... les médecins sont sûrs... j'ai appris un peu plus tard... qu'elle était séropositive... c'est comme ça que j'ai été contaminé...»

Chercheur : «Et votre vie, aujourd'hui ?»

Vlad: «...Tout a clairement changé... ma vie est sens dessus dessous... maintenant j'essaie d'en ramasser les morceaux et de commencer une nouvelle vie... tout en me posant tout le temps la même question : "pourquoi moi ?" ...»

Nous vous présentons un court extrait d'un entretien avec Marie, une porteuse du sida, dans une recherche sociologique menée par l'Université des Sciences Sociales. Nous vous prions de lire attentivement l'entretien.

Maria a 25 ans. Nous l'avons rencontrée et elle a accepté de répondre à certaines de nos questions.

(...)

Chercheur : «Comment avez-vous appris que vous étiez porteuse du sida?»

Maria : «Par mon médecin. Il m'a demandé de faire quelques examens parmi lesquels le test de dépistage du sida... je dois dire qu'il m'a annoncé le résultat avec beaucoup de tact... mais c'est très dur d'apprendre que tu es porteuse...»

Chercheur : «Comment croyez-vous avoir été contaminé ?»

Maria : «...C'était la première chose à laquelle j'ai pensé... c'est arrivé l'année passée... j'avais une relation avec un homme... on avait des relations sexuelles...»

Chercheur : «Vous êtes sur que c'est comme ça que vous avez été contaminé ?»

Maria : «Oui... Aujourd'hui je suis sur... je me suis renseigné d'abord... toutes mes relations précédentes avaient fait le test et il était négatif... les médecins sont surs... j'ai appris un peu plus tard... qu'il était séropositif... c'est comme ça que j'ai été contaminée...»

Chercheur : «Et votre vie, aujourd'hui ?»

Maria : «...Tout a clairement changé... ma vie est sens dessus dessous... maintenant j'essaie d'en ramasser les morceaux et de commencer une nouvelle vie... tout en me posant tout le temps la même question : "pourquoi moi ?" ...»

D

Nous vous présentons un court extrait d'un entretien avec Svetlana, une porteuse du sida, dans une recherche sociologique menée par l'Université des Sciences Sociales. Nous vous prions de lire attentivement l'entretien.

Svetlana a 25 ans. Nous l'avons rencontrée et elle a accepté de répondre à certaines de nos questions.

(...)

Chercheur : «Comment avez-vous appris que vous étiez porteuse du sida?»

Svetlana : «Par mon médecin. Il m'a demandé de faire quelques examens parmi lesquels le test de dépistage du sida... je dois dire qu'il m'a annoncé le résultat avec beaucoup de tact... mais c'est très dur d'apprendre que tu es porteuse...»

Chercheur : «Comment croyez-vous avoir été contaminé ?»

Svetlana : «...C'était la première chose à laquelle j'ai pensé... c'est arrivé l'année passée... j'avais une relation avec un homme... on avait des relations sexuelles...»

Chercheur : «Vous êtes sur que c'est comme ça que vous avez été contaminé ?»

Svetlana : «Oui... Aujourd'hui je suis sur... je me suis renseigné d'abord... toutes mes relations précédentes avaient fait le test et il était négatif... les médecins sont surs... j'ai appris un peu plus tard... qu'il était séropositif... c'est comme ça que j'ai été contaminée...»

Chercheur : «Et votre vie, aujourd'hui ?»

Svetlana : «...Tout a clairement changé... ma vie est sens dessus dessous... maintenant j'essaie d'en ramasser les morceaux et de commencer une nouvelle vie... tout en me posant tout le temps la même question : "pourquoi moi ?" ...»

Voici quelques opinions et questions concernant le protagoniste de l'entretien que vous avez lu. Nous vous prions de les lire attentivement et de donner votre opinion personnelle à l'aide de l'échelle proposée.

1. Ce sont ses conditions de vie qui ont fait de Thomas un porteur du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

2. C'est par hasard que Thomas est devenu porteur du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

3. Le sida est une punition pour Thomas.

Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

4. Thomas n'est pas dangereux pour la société.

Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

5. Vous accepteriez :

- de serrer la main de Thomas ?

Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

- de manger à la maison de Thomas ?

Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

- d'emprunter les vêtements de Thomas ?

Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

- de vivre avec Thomas ?

Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

6. Thomas ne connaissait pas les modes de contamination du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Je suis tout à fait d'accord
--	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

7. Thomas est personnellement responsable de son état actuel.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

8. C'était le destin de Thomas de devenir porteur du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

9. Thomas est devenu porteur du sida à cause de son mode de vie.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

10. Thomas est le seul responsable pour être maintenant porteur du sida.

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

11. D'après vous, Thomas devrait avoir droit à :

- suivi et traitements médicaux à domicile gratuits ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

- retraite et allocation complémentaire de maladie ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

12. Le fait que Thomas est porteur du sida devrait être inscrit :

- sur son carnet de sécurité sociale ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

- sur son carnet de santé ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

- sur sa carte d'identité et son passeport ?

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

13. Si Thomas avait besoin de premiers secours, lui feriez-vous du bouche à bouche ?

NON 1 2 3 4 5 6 7 **OUI**

14. Vous confieriez à Thomas la garde de vos enfants quand vous n'êtes pas à la maison ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 **Tout à fait**

15. Vous pourriez travailler dans le même endroit que Thomas ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 **Tout à fait**

16. Globalement, votre image de Thomas est :

Tout à fait négative 1 2 3 4 5 6 7 **Tout à fait positive**

17. Thomas est porteur du sida. Le risque de devenir porteur du sida est le même :

- pour vous

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

- pour vos amis

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

- pour tous les Grecs

Je ne suis pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 **Je suis tout à fait d'accord**

À ce point vous nous prions de nous donner certaines informations sur vous. Nous vous rappelons que le questionnaire est **ANONYME** et les informations ci-dessous ne seront utilisées qu'à des fins statistiques.

Sexe : Homme Femme

Âge : _____

Université, faculté : _____

Année d'études : _____

Vous êtes pieux/pieuse ?

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 **Tout à fait**

Nous vous remercions chaleureusement pour votre participation à l'enquête que nous faisons sur les connaissances, les positions, et les croyances sur le sida et les porteurs du sida. L'entretien que vous avez lue est imaginaire et a été inventée par les chercheurs pour les besoins de la recherche.

Si vous avez des questions ou si vous voulez plus d'informations sur l'identité et le but de l'enquête, s'il vous plaît, contactez-nous à l'adresse suivante:

val_papathanasiou@yahoo.com

Fin du questionnaire

- Tableaux de l'analyse factorielle des deux manipulations expérimentales

ANALYSE FACTORIELLE DANS LES DEUX ETUDES PRISES SEPAREMENT

ETUDE 1	Facteurs			
	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}
<i>compréhension du refus des médecins</i>	0,747	0,135	0,127	-0,180
<i>traitement des toxicomanes comme des criminels</i>	0,603	-0,041	0,128	0,151
<i>isolement des malades par la population</i>	0,686	0,195	0,049	-0,160
<i>punition d'origine divine</i>	0,551	-0,161	-0,041	0,054
<i>interdiction d'école</i>	0,692	0,246	-0,151	-0,138
<i>pas d'isolement des malades à l'hôpital</i>	-0,217	-0,260	-0,202	-0,036
<i>relations sexuelles avec des prostituées</i>	0,204	-0,075	0,773	0,000
<i>relations sexuelles avec des toxicomanes</i>	-0,136	0,131	0,629	0,088
<i>relations sexuelles avec des homosexuels</i>	0,113	0,120	0,630	-0,187
<i>relations sexuelles avec des immigrés</i>	0,575	0,148	0,333	0,291
<i>par la caresse</i>	0,063	0,279	-0,080	0,578
<i>par la poignée de main</i>	0,473	0,333	-0,089	0,323
<i>par la transfusion</i>	-0,064	0,254	0,006	-0,616
<i>transmission au nourrisson</i>	0,141	0,027	-0,009	-0,474
<i>par l'hospitalisation</i>	0,362	0,405	0,096	0,436
<i>pas par les toilettes</i>	-0,107	-0,587	-0,021	-0,001
<i>pas par le port des mêmes vêtements</i>	0,080	-0,686	-0,020	0,148
<i>par les couteaux et couverts</i>	-0,009	0,591	0,349	0,220
<i>pas par le préservatif</i>	-0,167	-0,585	0,336	-0,063
<i>en donnant du sang</i>	0,102	0,489	0,184	-0,007

ETUDE 2	Facteurs			
	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}
<i>compréhension du refus des médecins</i>	0,125	0,072	0,533	-0,337
<i>traitement des toxicomanes comme des criminels</i>	-0,007	0,046	0,698	-0,197
<i>isolement des malades par la population</i>	0,192	0,238	0,411	-0,517
<i>punition d'origine divine</i>	0,145	0,058	0,680	0,008
<i>interdiction d'école</i>	0,554	0,106	0,395	0,020
<i>pas d'isolement des malades à l'hôpital</i>	-0,003	-0,118	-0,065	0,614
<i>relations sexuelles avec des prostituées</i>	0,027	0,722	0,028	0,153
<i>relations sexuelles avec des toxicomanes</i>	-0,142	0,729	-0,042	0,050
<i>relations sexuelles avec des homosexuels</i>	0,064	0,681	0,202	0,138
<i>relations sexuelles avec des immigrés</i>	0,408	0,628	0,045	-0,137
<i>par la caresse</i>	0,788	0,050	0,201	0,027
<i>par la poignée de main</i>	0,801	0,117	0,061	0,075
<i>par la transfusion</i>	-0,584	0,270	0,164	0,083
<i>transmission au nourrisson</i>	-0,399	0,257	0,237	0,143
<i>par l'hospitalisation</i>	0,436	0,432	0,170	-0,269
<i>pas par les toilettes</i>	0,068	0,134	-0,074	0,633
<i>pas par le port des mêmes vêtements</i>	-0,117	0,116	0,024	0,537
<i>par les couteaux et couverts</i>	0,596	0,285	0,004	-0,205
<i>pas par le préservatif</i>	-0,162	-0,094	0,371	0,236
<i>en donnant du sang</i>	0,037	0,483	-0,041	-0,247

Tableau 7.2 Répartition de l'échantillon en ce qui concerne les manipulations expérimentales de l'étude.

	Hommes, N (%)	Femmes, N (%)
	m (SD)	m (SD)
Type d'étude		
<i>Etude 1 (modes de contamination)</i>	60 (50)	60 (50)
<i>Etude 2 (endo/exogroupe)</i>	60 (50)	60 (50)
Université		
<i>Thessalie</i>	20 (16.7)	20 (16.7)
<i>Thessalonique</i>	20 (16.7)	20 (16.7)
<i>Ioannina</i>	20 (16.7)	20 (16.7)
<i>Athènes</i>	20 (16.7)	20 (16.7)
<i>Patras</i>	20 (16.7)	20 (16.7)
<i>Thrace</i>	20 (16.7)	20 (16.7)

Tableau 7.3 Caractéristiques descriptives de l'échantillon.

	Hommes, N (%)	Femmes, N (%)
	m (SD)	m (SD)
Age	21 (2.01)	20 (1.97)
Années d'études	2.79 (1.51)	1.89 (1.29)
Niveau de religiosité		
1	21 (18)	7 (5.8)
2	11 (9.2)	5 (4.2)
3	9 (7.5)	10 (8.3)
4	21 (18)	17 (14)
5	27 (23)	25 (21)
6	19 (16)	34 (28)
7	9 (7.5)	20 (17)

Tableau 7.7 Résultats d'analyse de la fluctuation contre un facteur, pour la recherche de la relation des caractéristiques socio-économiques avec les facteurs de l'analyse des composantes principales.

	1er Facteur			2ème Facteur			3ème Facteur			4ème Facteur		
	MT ± TA	F	P	MT ± TA	F	P	MT ± TA	F	P	MT ± TA	F	P
Sexe		0.020	0.89		0.216	0.64		3.001	0.08		2.951	0.09
	<i>Hommes</i>	-0.01 ± 1.00		-0.03 ± 1.03			0.12 ± 1.15			-0.12 ± 0.99		
	<i>Femmes</i>	0.01 ± 1.00		0.03 ± 0.97			-0.11 ± 0.82			0.11 ± 1.01		
Age		0.122	0.89		4.207	0.02		1.212	0.30		1.431	0.24
	≤ 20	-0.01 ± 0.95		0.09 ± 0.97			0.07 ± 1.15			0.03 ± 1.03		
	21 - 25	0.02 ± 1.10		-0.06 ± 0.97			-0.07 ± 0.73			-0.02 ± 0.94		
	> 25	-0.19 ± 0.34		-1.17 ± 1.44			-0.53 ± 0.34			-0.73 ± 0.84		
Année d'études		1.672	0.16		0.765	0.55		1.205	0.31		1.508	0.20
	1o	0.12 ± 1.02		0.01 ± 0.94			0.02 ± 1.22			0.12 ± 0.96		
	2o	-0.25 ± 0.75		0.19 ± 1.05			0.08 ± 1.04			-0.03 ± 1.14		
	3o	0.41 ± 1.44		-0.25 ± 1.21			0.40 ± 0.83			-0.38 ± 0.97		
	4o	-0.07 ± 1.04		-0.11 ± 1.07			-0.19 ± 0.59			-0.05 ± 0.97		
	≥ 5o	-0.12 ± 0.74		0.07 ± 0.76			-0.19 ± 0.60			-0.41 ± 0.97		
Niveau de religiosité		1.146	0.29		0.945	0.33		0.975	0.32		0.004	0.95
	<i>Non religieux</i>	-0.09 ± 0.94		-0.07 ± 1.05			-0.08 ± 0.94			0.00 ± 1.02		
	<i>Religieux</i>	0.06 ± 1.04		0.06 ± 0.95			0.06 ± 1.06			-0.01 ± 0.99		

Tableau 7.8b Différences en ce qui concerne les réponses des participants de la 1^{ère} manipulation expérimentale, sur la base de leur sexe.

	Sexe		P
	Hommes	Femmes	
	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>			
Conditions de vie	2.88 (1.93)	3.17 (1.86)	0.388
Fait aléatoire	3.63 (2.29)	3.03 (2.10)	0.116
Punition	1.61 (1.14)	1.71 (1.30)	0.642
Pas de dangerosité	5.60 (1.79)	5.73 (1.57)	0.661
Echange de poignée de main	6.13 (1.44)	6.38 (1.28)	0.316
Nourriture	5.32 (1.70)	5.25 (1.71)	0.833
Prêt de vêtements	5.28 (1.69)	5.15 (1.75)	0.674
Cohabitation	4.03 (1.96)	4.08 (1.84)	0.887
Ignorance des modes de transmission	3.87 (2.05)	3.25 (1.87)	0.080
Responsabilité personnelle	3.95 (2.07)	3.95 (2.09)	0.999
Fatalité	1.77 (1.42)	2.22 (1.72)	0.124
Mode de vie	3.47 (1.89)	3.03 (1.56)	0.163
L'unique responsable	2.30 (1.75)	2.59 (2.09)	0.375
Hospitalisation à domicile	5.85 (1.38)	6.05 (1.24)	0.409
Retraite	5.27 (1.71)	5.75 (1.51)	0.113
Carnet d'assurance	3.97 (2.04)	3.97 (1.95)	0.999
Livret de santé	5.37 (1.90)	5.77 (1.56)	0.209
Carte d'identité	1.78 (1.44)	1.97 (1.54)	0.512
Le bouche-à-bouche	3.65 (1.89)	3.62 (1.93)	0.922
L'exercice de profession	5.57 (1.33)	5.78 (1.44)	0.380
Confiance en tant que professeur des écoles	5.20 (1.75)	5.42 (1.62)	0.467
Confiance en tant que gardien	4.30 (1.93)	4.52 (1.64)	0.505
Même lieu de travail	5.88 (1.55)	6.35 (1.10)	0.063
Image globale	4.95 (1.32)	5.18 (1.17)	0.298
Même risque pour vous	4.40 (1.95)	4.90 (1.85)	0.137
Même risque pour vos amis	4.43 (1.86)	4.93 (1.84)	0.134
Même risque pour les Grecs	4.62 (1.76)	5.08 (1.74)	0.144

Tableau 7.8c Différences en ce qui concerne les réponses des participants de la 1^{ère} manipulation expérimentale, sur la base de la condition et du sexe du participant.

	1 ^{ère} Manipulation expérimentale * Sexe								P
	Hétérosexuel*	Hétérosexuel*	Homosexuel*	Homosexuel*	Usager de drogues*	Usager de drogues*	Transfusé*	Transfusé*	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>									
Conditions de vie	2.33 (1.68)	3.47 (1.73)	2.93 (1.79)	2.80 (1.66)	4.13 (2.10)	4.13 (2.20)	2.13 (1.64)	2.27 (1.39)	0.507
Fait aléatoire	4.00 (2.42)	3.60 (1.92)	2.60 (1.99)	2.47 (1.88)	3.07 (2.15)	2.00 (1.36)	4.87 (2.10)	4.07 (2.55)	0.826
Punition	1.47 (1.06)	2.00 (1.62)	1.60 (1.35)	1.79 (1.42)	1.93 (1.28)	1.87 (1.36)	1.43 (0.85)	1.20 (0.56)	0.662
Pas de dangerosité	5.27 (2.12)	6.20 (1.01)	5.53 (1.60)	5.13 (2.10)	5.80 (1.42)	5.13 (1.60)	5.80 (2.04)	6.47 (0.92)	0.176
Echange de poignée de main	5.80 (1.74)	6.47 (1.06)	5.73 (2.02)	6.13 (1.68)	6.40 (0.91)	6.20 (1.57)	6.60 (0.51)	6.73 (0.46)	0.645
Nourriture	5.13 (1.85)	5.53 (1.60)	5.07 (2.05)	5.33 (1.68)	5.33 (1.59)	4.80 (2.01)	5.73 (1.33)	5.33 (1.63)	0.650
Prêt de vêtements	5.00 (2.00)	5.40 (1.55)	4.93 (1.83)	5.40 (1.99)	5.73 (1.62)	5.17 (1.88)	5.47 (1.25)	5.20 (1.47)	0.252
Cohabitation	4.27 (2.28)	4.40 (1.80)	3.60 (1.50)	4.27 (1.75)	3.87 (2.17)	3.73 (2.05)	4.40 (1.88)	3.93 (1.87)	0.709
Ignorance des modes de transmission	3.27 (2.02)	3.00 (1.56)	4.33 (2.26)	2.80 (1.57)	4.67 (2.09)	4.27 (2.25)	3.20 (1.57)	2.93 (1.83)	0.512
Responsabilité personnelle	4.07 (2.05)	4.73 (1.67)	4.67 (1.68)	4.00 (1.81)	4.53 (1.92)	5.13 (1.96)	2.53 (2.07)	1.93 (1.44)	0.315
Fatalité	1.73 (1.58)	2.13 (1.64)	1.47 (1.06)	1.87 (1.60)	1.67 (1.29)	2.13 (1.60)	2.20 (1.70)	2.73 (2.05)	0.998
Mode de vie	3.13 (1.51)	3.53 (1.51)	3.13 (1.85)	2.53 (1.30)	3.07 (2.09)	2.67 (1.72)	4.53 (1.85)	3.40 (1.59)	0.369
L'unique responsable	2.07 (1.67)	2.57 (1.83)	3.00 (1.81)	2.40 (2.06)	2.80 (2.14)	4.00 (2.51)	1.33 (0.62)	1.40 (0.91)	0.268
Hospitalisation à domicile	5.73 (1.28)	5.73 (1.58)	5.47 (1.55)	6.27 (1.10)	6.00 (1.56)	6.13 (0.99)	6.20 (1.08)	6.07 (1.28)	0.532

Retraite	5.43 (1.28)	5.53 (1.51)	4.67 (1.76)	5.67 (1.80)	5.20 (1.97)	5.73 (1.39)	5.80 (1.70)	6.07 (1.44)	0.731
Carnet d'assurance	3.53 (1.85)	4.80 (1.21)	4.67 (2.06)	3.93 (1.94)	4.33 (2.13)	3.53 (2.47)	3.33 (2.02)	3.60 (1.88)	0.146
Livret de santé	4.60 (2.10)	6.00 (1.25)	5.73 (1.33)	5.73 (1.71)	5.20 (2.18)	5.93 (1.67)	5.93 (1.79)	5.40 (1.64)	0.155
Carte d'identité	1.87 (1.36)	2.20 (1.32)	1.73 (1.10)	1.87 (1.46)	1.67 (1.68)	1.93 (2.09)	1.87 (1.68)	1.87 (1.30)	0.976
Le bouche-à-bouche	3.60 (2.06)	4.67 (2.02)	3.33 (1.88)	4.07 (1.91)	4.13 (1.81)	2.73 (1.87)	3.53 (1.88)	3.00 (1.36)	0.042
L'exercice de profession	5.67 (1.23)	6.13 (1.36)	5.40 (1.64)	6.27 (0.88)	5.20 (1.32)	4.87 (1.64)	6.00 (1.07)	5.87 (1.46)	0.294
Confiance en tant que professeur des écoles	5.47 (1.25)	5.73 (1.58)	5.27 (1.91)	5.47 (1.13)	4.33 (2.26)	4.40 (2.10)	5.73 (1.22)	6.07 (1.10)	0.991
Confiance en tant que gardien	4.60 (1.92)	4.80 (1.66)	4.40 (1.88)	4.33 (1.63)	3.53 (2.39)	3.80 (1.57)	4.67 (1.40)	5.13 (1.55)	0.951
Même lieu de travail	5.73 (1.53)	6.27 (0.88)	5.93 (2.09)	6.33 (0.98)	5.60 (1.45)	6.13 (1.55)	6.27 (1.03)	6.67 (0.90)	0.995
Image globale	5.20 (1.37)	5.73 (0.96)	4.87 (1.64)	4.87 (1.13)	4.60 (1.30)	4.60 (1.06)	5.13 (0.92)	5.53 (1.25)	0.768
Même risque pour vous	4.53 (1.85)	5.20 (1.42)	4.07 (2.02)	4.40 (2.26)	3.40 (1.72)	4.53 (1.60)	5.60 (1.68)	5.47 (1.96)	0.591
Même risque pour vos amis	4.67 (1.76)	5.13 (1.55)	4.07 (2.02)	4.47 (2.29)	3.60 (1.64)	4.73 (1.49)	5.40 (1.68)	5.40 (1.96)	0.682
Même risque pour les Grecs	4.87 (1.68)	5.27 (1.58)	4.40 (1.55)	4.87 (1.81)	3.87 (1.81)	4.73 (1.75)	5.33 (1.80)	5.47 (1.88)	0.876

Tableau 7.9a Différences en ce qui concerne les réponses des participants de la 1^{ère} manipulation expérimentale, sur la base du niveau de religiosité.

	Religiosité		P
	Non religieux	Religieux	
	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>			
Conditions de vie	2.89 (2.10)	3.06 (1.76)	0.558
Fait aléatoire	3.20 (2.13)	3.35 (2.26)	0.708
Punition	1.33 (0.80)	1.86 (1.40)	0.021
Pas de dangerosité	5.93 (1.45)	5.51 (1.81)	0.206
Echange de poignée de main	6.39 (1.08)	6.17 (1.53)	0.487
Nourriture	5.33 (1.75)	5.26 (1.70)	0.846
Prêt de vêtements	5.43 (1.60)	5.08 (1.81)	0.299
Cohabitation	4.37 (1.87)	3.85 (1.92)	0.124
Ignorance des modes de transmission	3.98 (1.90)	3.21 (1.95)	0.041
Responsabilité personnelle	3.76 (2.09)	4.00 (2.06)	0.553
Fatalité	1.65 (1.37)	2.19 (1.68)	0.049
Mode de vie	2.85 (1.75)	3.49 (1.71)	0.034
L'unique responsable	2.15 (1.80)	2.66 (2.01)	0.128
Hospitalisation à domicile	6.09 (1.30)	5.89 (1.32)	0.463
Retraite	5.63 (1.62)	5.48 (1.63)	0.657
Carnet d'assurance	4.33 (1.94)	3.75 (1.98)	0.103
Livret de santé	5.70 (1.52)	5.54 (1.82)	0.718
Carte d'identité	1.93 (1.73)	1.85 (1.34)	0.743
Le bouche-à-bouche	3.33 (1.71)	3.83 (2.02)	0.222
L'exercice de profession	5.67 (1.27)	5.68 (1.48)	0.909
Confiance en tant que professeur des écoles	5.22 (1.71)	5.38 (1.67)	0.707
Confiance en tant que gardien	4.76 (1.70)	4.19 (1.84)	0.059
Même lieu de travail	6.24 (1.21)	6.03 (1.46)	0.449
Image globale	5.04 (1.33)	5.10 (1.21)	0.940
Même risque pour vous	4.28 (2.04)	4.89 (1.82)	0.088
Même risque pour vos amis	4.41 (1.93)	4.86 (1.83)	0.198
Même risque pour les Grecs	4.63 (1.87)	5.00 (1.70)	0.313

Tableau 7.9b Différences en ce qui concerne les réponses des participants de la 1^{ère} manipulation expérimentale, sur la base de la condition et du niveau de religiosité.

	1 ^{ère} Manipulation expérimentale * Religiosité								P
	Hétérosexuel* Non religieux	Hétérosexuel* Religieux	Homosexuel* Non religieux	Homosexuel* Religieux	Usager de drogues* Non religieux	Usager de drogues* Religieux	Transfusé* Non religieux	Transfusé* Religieux	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>									
Conditions de vie	2.80 (2.20)	2.95 (1.57)	2.80 (1.87)	2.79 (1.62)	4.23 (2.42)	4.00 (1.97)	1.69 (0.95)	2.59 (1.73)	0.659
Fait aléatoire	4.00 (2.49)	3.70 (2.03)	2.40 (1.51)	2.42 (2.01)	2.85 (2.12)	2.06 (1.39)	3.54 (2.18)	5.18 (2.24)	0.123
Punition	1.20 (0.42)	2.00 (1.60)	1.20 (0.42)	1.89 (1.64)	1.69 (1.32)	2.13 (1.31)	1.17 (0.39)	1.41 (0.87)	0.830
Pas de dangerosité	5.70 (1.77)	5.75 (1.71)	6.00 (1.25)	4.95 (2.07)	5.69 (1.18)	5.38 (1.78)	6.31 (1.65)	6.00 (1.58)	0.683
Echange de poignée de main	5.80 (1.40)	6.30 (1.49)	6.30 (1.57)	5.74 (2.02)	6.62 (0.65)	6.00 (1.59)	6.69 (0.48)	6.65 (0.49)	0.401
Nourriture	4.40 (2.37)	5.80 (1.06)	5.90 (1.52)	4.84 (1.98)	5.62 (1.50)	4.63 (2.00)	5.31 (1.49)	5.71 (1.49)	0.022
Prêt de vêtements	4.80 (2.10)	5.40 (1.60)	5.80 (1.69)	4.84 (2.01)	5.62 (1.39)	4.81 (2.23)	5.46 (1.33)	5.24 (1.39)	0.355
Cohabitation	4.50 (2.17)	4.25 (2.00)	4.40 (1.43)	3.68 (1.77)	4.69 (2.10)	3.00 (1.83)	3.92 (1.80)	4.35 (1.93)	0.193
Ignorance des modes de transmission	3.50 (1.84)	2.95 (1.76)	4.60 (2.07)	2.84 (1.71)	4.23 (2.05)	4.56 (2.31)	3.62 (1.71)	2.65 (1.58)	0.222
Responsabilité personnelle	3.30 (2.21)	4.95 (1.43)	4.40 (1.90)	4.21 (1.72)	4.23 (1.92)	5.19 (1.87)	3.15 (2.27)	1.53 (0.80)	0.004
Fatalité	1.50 (1.58)	2.15 (1.60)	1.10 (0.32)	1.84 (1.54)	1.92 (1.26)	1.94 (1.65)	1.92 (1.75)	2.88 (1.90)	0.694
Mode de vie	2.90 (1.45)	3.55 (1.50)	1.90 (1.45)	3.21 (1.47)	2.77 (1.74)	2.94 (2.11)	3.62 (1.98)	4.24 (1.64)	0.664
L'unique responsable	1.40 (0.52)	2.79 (1.96)	2.90 (2.23)	2.63 (1.86)	3.15 (2.23)	3.75 (2.52)	1.15 (0.38)	1.53 (0.94)	0.415

Hospitalisation à domicile	5.80 (1.62)	5.70 (1.34)	6.50 (0.85)	5.63 (1.50)	5.85 (1.52)	6.25 (1.13)	6.23 (1.09)	6.06 (1.25)	0.363
Retraite	5.40 (1.65)	5.53 (1.26)	6.00 (1.05)	4.74 (2.05)	5.46 (1.81)	5.63 (1.59)	5.69 (1.89)	6.12 (1.27)	0.219
Carnet d'assurance	3.90 (1.79)	4.30 (1.63)	4.80 (1.81)	3.95 (2.09)	4.77 (2.24)	3.44 (2.19)	3.85 (1.86)	3.18 (1.98)	0.421
Livret de santé	5.20 (1.75)	5.35 (1.93)	5.50 (1.58)	5.84 (1.54)	6.31 (1.03)	5.25 (2.11)	5.62 (1.66)	5.71 (1.79)	0.418
Carte d'identité	2.50 (1.78)	1.80 (1.01)	1.40 (0.52)	2.00 (1.53)	2.08 (2.22)	1.63 (1.63)	1.77 (1.79)	1.94 (1.25)	0.388
Le bouche-à-bouche	3.40 (1.84)	4.50 (2.14)	3.80 (1.99)	3.63 (1.95)	3.38 (1.56)	3.50 (2.31)	2.85 (1.63)	3.59 (1.62)	0.608
L'exercice de profession	5.50 (1.72)	6.10 (1.02)	5.90 (1.37)	5.79 (1.44)	5.23 (0.93)	4.88 (1.86)	6.08 (1.04)	5.82 (1.42)	0.570
Confiance en tant que professeur des écoles	5.10 (1.73)	5.85 (1.18)	5.60 (1.71)	5.16 (1.46)	4.23 (1.96)	4.56 (2.37)	6.00 (0.91)	5.82 (1.33)	0.539
Confiance en tant que gardien	4.30 (1.89)	4.90 (1.71)	5.60 (1.71)	3.74 (1.45)	4.15 (1.72)	3.25 (2.21)	5.08 (1.32)	4.76 (1.60)	0.050
Même lieu de travail	5.80 (1.32)	6.10 (1.25)	6.30 (1.89)	6.05 (1.54)	6.08 (0.86)	5.63 (1.89)	6.69 (0.63)	6.29 (1.16)	0.736
Image globale	5.30 (1.34)	5.55 (1.15)	5.10 (1.91)	4.74 (1.10)	4.77 (1.09)	4.50 (1.26)	5.08 (1.12)	5.53 (1.07)	0.541
Même risque pour vous	4.60 (1.78)	5.00 (1.62)	4.00 (2.16)	4.37 (2.19)	3.62 (1.94)	4.19 (1.60)	4.92 (2.22)	6.00 (1.27)	0.880
Même risque pour vos amis	4.70 (1.70)	5.00 (1.65)	4.00 (2.16)	4.42 (2.22)	4.08 (1.75)	4.19 (1.64)	4.85 (2.15)	5.82 (1.38)	0.827
Même risque pour les Grecs	5.10 (1.29)	5.05 (1.79)	4.80 (1.32)	4.58 (1.89)	3.92 (2.22)	4.56 (1.46)	4.85 (2.19)	5.82 (1.38)	0.534

Tableau 7.10a Différences en ce qui concerne les réponses de participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au sexe du séropositif.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale		
	- sexe de la PVS		
	Homme	Femme	P
	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>			
Conditions de vie	2.93 (2.02)	3.00 (1.93)	0.872
Fait aléatoire	3.69 (2.12)	3.23 (1.90)	0.210
Punition	1.69 (1.32)	1.76 (1.56)	0.768
Pas de dangerosité	4.86 (2.24)	5.44 (1.63)	0.103
Echange de poignée de main	6.14 (1.57)	6.22 (1.32)	0.768
Nourriture	4.92 (2.15)	5.27 (1.72)	0.320
Prêt de vêtements	4.49 (2.29)	5.12 (2.03)	0.122
Cohabitation	3.81 (2.22)	3.92 (2.04)	0.787
Ignorance des modes de transmission	3.34 (2.10)	3.47 (1.90)	0.744
Responsabilité personnelle	4.48 (1.96)	4.78 (1.65)	0.374
Fatalité	2.29 (1.65)	1.82 (1.40)	0.099
Mode de vie	4.02 (1.94)	3.65 (1.82)	0.294
L'unique responsable	2.78 (1.99)	2.82 (2.03)	0.898
Hospitalisation à domicile	5.76 (1.57)	5.77 (1.67)	0.981
Retraite	5.79 (1.39)	5.46 (1.79)	0.247
Carnet d'assurance	4.60 (2.15)	4.43 (2.20)	0.671
Livret de santé	5.98 (1.58)	5.82 (1.71)	0.592
Carte d'identité	2.36 (1.96)	2.02 (1.67)	0.314
Le bouche-à-bouche	4.12 (2.18)	4.37 (2.18)	0.534
Confiance en tant que gardien	4.29 (1.93)	3.78 (1.94)	0.156
Même lieu de travail	5.97 (1.44)	6.07 (1.23)	0.665
Image globale	5.14 (1.11)	4.95 (1.11)	0.346
Même risque pour vous	4.66 (2.36)	3.93 (2.15)	0.037
Même risque pour vos amis	4.75 (2.23)	4.22 (2.02)	0.162
Même risque pour les Grecs	4.76 (2.22)	4.47 (1.94)	0.437

Tableau 7.10b Différences de réponses des participants en ce qui concerne la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément à l'origine ethnique du séropositif.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale		
	- origine ethnique de la PVS		
	Grec	Etranger	P
	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>			
Conditions de vie	2.82 (1.91)	3.12 (2.03)	0.406
Fait aléatoire	3.37 (1.94)	3.56 (2.10)	0.590
Punition	1.58 (1.21)	1.88 (1.63)	0.254
Pas de dangerosité	5.49 (1.85)	4.81 (2.05)	0.027
Echange de poignée de main	6.37 (1.34)	5.98 (1.53)	0.157
Nourriture	5.40 (1.76)	4.78 (2.08)	0.048
Prêt de vêtements	5.05 (2.10)	4.56 (2.25)	0.224
Cohabitation	4.03 (2.12)	3.69 (2.14)	0.392
Ignorance des modes de transmission	3.25 (1.95)	3.56 (2.04)	0.408
Responsabilité personnelle	4.68 (1.78)	4.59 (1.85)	0.814
Fatalité	1.85 (1.38)	2.25 (1.68)	0.156
Mode de vie	3.78 (1.93)	3.88 (1.85)	0.767
L'unique responsable	3.02 (2.10)	2.58 (1.90)	0.229
Hospitalisation à domicile	5.95 (1.40)	5.58 (1.80)	0.224
Retraite	5.81 (1.46)	5.44 (1.73)	0.228
Carnet d'assurance	4.31 (2.18)	4.73 (2.16)	0.291
Livret de santé	6.10 (1.55)	5.69 (1.72)	0.177
Carte d'identité	1.88 (1.74)	2.49 (1.87)	0.043
Le bouche-à-bouche	4.27 (2.23)	4.22 (2.13)	0.897
Confiance en tant que gardien	3.92 (1.97)	4.15 (1.93)	0.511
Même lieu de travail	6.17 (1.24)	5.86 (1.42)	0.216
Image globale	5.05 (0.95)	5.03 (1.25)	0.977
Même risque pour vous	4.12 (2.31)	4.47 (2.25)	0.366
Même risque pour vos amis	4.35 (2.15)	4.61 (2.13)	0.481
Même risque pour les Grecs	4.57 (2.03)	4.66 (2.15)	0.797

Tableau 7.10c Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au sexe des participants.

	Sexe		P
	Homme m (SD)	Femme m (SD)	
<i>Questions</i>			
Conditions de vie	2.87 (1.86)	3.13 (2.00)	0.515
Fait aléatoire	3.68 (2.12)	3.12 (2.07)	0.180
Punition	1.76 (1.38)	1.62 (1.28)	0.157
Pas de dangerosité	5.48 (1.77)	5.34 (1.92)	0.239
Echange de poignée de main	6.08 (1.55)	6.35 (1.23)	0.281
Nourriture	5.24 (1.81)	5.13 (1.85)	0.660
Prêt de vêtements	5.03 (1.99)	5.00 (1.96)	0.842
Cohabitation	3.97 (2.12)	3.96 (1.90)	0.852
Ignorance des modes de transmission	3.67 (2.00)	3.29 (1.96)	0.744
Responsabilité personnelle	4.18 (1.94)	4.40 (2.00)	0.176
Fatalité	1.98 (1.50)	2.07 (1.62)	0.354
Mode de vie	3.70 (1.79)	3.38 (1.86)	0.581
L'unique responsable	2.62 (1.84)	2.63 (2.10)	0.450
Hospitalisation à domicile	5.75 (1.50)	5.97 (1.44)	0.415
Retraite	5.35 (1.66)	5.79 (1.54)	0.167
Carnet d'assurance	4.21 (2.13)	4.27 (2.06)	0.745
Livret de santé	5.79 (1.71)	5.67 (1.69)	0.035
Carte d'identité	2.08 (1.76)	1.97 (1.58)	0.240
Le bouche-à-bouche	4.08 (2.06)	3.80 (2.06)	0.202
Confiance en tant que gardien	4.05 (1.99)	4.39 (1.74)	0.194
Même lieu de travail	5.93 (1.48)	6.20 (1.19)	0.810
Image globale	4.95 (1.21)	5.16 (1.14)	0.346
Même risque pour vous	4.43 (2.08)	4.52 (2.13)	0.466
Même risque pour vos amis	4.52 (1.96)	4.65 (2.04)	0.545
Même risque pour les Grecs	4.60 (1.93)	4.87 (1.91)	0.865

Tableau 7.10d Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au sexe et à l'origine ethnique de la personne séropositive.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale				P
	Sexe de la PVS - Origine ethnique de la PVS				
	Homme * Grec m (SD)	Homme * Etranger m (SD)	Femme * Grecque m (SD)	Femme * Etrangère m (SD)	
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	2.63 (1.99)	3.24 (2.05)	3.00 (1.84)	3.00 (2.05)	0.406
Fait aléatoire	3.30 (2.00)	4.10 (2.19)	3.43 (1.91)	3.03 (1.90)	0.108
Punition	1.63 (1.19)	1.76 (1.46)	1.53 (1.25)	2.00 (1.81)	0.035
Pas de dangerosité	5.17 (2.17)	4.55 (2.31)	5.83 (1.42)	5.07 (1.76)	0.849
Echange de poignée de main	6.33 (1.49)	5.93 (1.65)	6.40 (1.19)	6.03 (1.43)	0.964
Nourriture	5.33 (1.92)	4.48 (2.32)	5.47 (1.61)	5.07 (1.82)	0.532
Prêt de vêtements	4.77 (2.08)	4.21 (2.50)	5.33 (2.12)	4.90 (1.95)	0.893
Cohabitation	4.07 (2.20)	3.55 (2.25)	4.00 (2.07)	3.83 (2.05)	0.662
Ignorance des modes de transmission	3.10 (1.97)	3.59 (2.23)	3.40 (1.96)	3.53 (1.87)	0.636
Responsabilité personnelle	4.76 (1.86)	4.21 (2.04)	4.60 (1.71)	4.97 (1.59)	0.185
Fatalité	2.03 (1.50)	2.55 (1.78)	1.67 (1.24)	1.97 (1.54)	0.715
Mode de vie	3.83 (2.12)	4.21 (1.76)	3.73 (1.76)	3.57 (1.91)	0.443
L'unique responsable	3.07 (1.98)	2.48 (1.99)	2.97 (2.24)	2.67 (1.83)	0.691
Hospitalisation à domicile	5.80 (1.35)	5.72 (1.79)	6.10 (1.45)	5.43 (1.83)	0.299
Retraite	5.69 (1.37)	5.90 (1.42)	5.93 (1.56)	5.00 (1.91)	0.048
Carnet d'assurance	4.24 (2.21)	4.97 (2.06)	4.37 (2.17)	4.50 (2.27)	0.464
Livret de santé	6.20 (1.40)	5.76 (1.75)	6.00 (1.70)	5.63 (1.73)	0.896
Carte d'identité	2.17 (2.04)	2.55 (1.90)	1.60 (1.35)	2.43 (1.87)	0.496
Le bouche-à-bouche	4.33 (2.25)	3.90 (2.13)	4.20 (2.25)	4.53 (2.13)	0.343
Confiance en tant que gardien	4.34 (1.84)	4.24 (2.05)	3.50 (2.03)	4.07 (1.84)	0.361
Même lieu de travail	6.20 (1.24)	5.72 (1.60)	6.13 (1.25)	6.00 (1.23)	0.483
Image globale	5.13 (1.04)	5.14 (1.19)	4.97 (0.87)	4.93 (1.31)	0.903
Même risque pour vous	4.63 (2.50)	4.69 (2.25)	3.60 (2.01)	4.27 (2.27)	0.466
Même risque pour vos amis	4.63 (2.39)	4.86 (2.08)	4.07 (1.87)	4.37 (2.17)	0.935
Même risque pour les Grecs	4.77 (2.25)	4.76 (2.21)	4.37 (1.79)	4.57 (2.11)	0.792

Tableau 7.10e Différences en ce qui concerne les réponses des participantes sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au sexe du séropositif et au sexe du participant.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale				P
	Sexe PVS * Sexe PP				
	Homme*	Homme*	Femme*	Femme*	
	Homme	Femme	Homme	Femme	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	2.83 (1.62)	3.03 (2.40)	2.87 (1.98)	3.13 (1.91)	0.943
Fait aléatoire	3.87 (2.08)	3.52 (2.18)	3.57 (1.85)	2.90 (1.92)	0.654
Punition	1.70 (1.12)	1.69 (1.51)	2.14 (1.94)	1.40 (0.97)	0.165
Pas de dangerosité	5.17 (1.97)	4.55 (2.49)	5.55 (1.50)	5.33 (1.77)	0.586
Echange de poignée de main	5.80 (1.94)	6.48 (0.99)	6.27 (1.31)	6.17 (1.34)	0.147
Nourriture	5.07 (2.16)	4.76 (2.17)	5.27 (1.66)	5.27 (1.80)	0.660
Prêt de vêtements	4.43 (2.42)	4.55 (2.20)	5.10 (2.01)	5.13 (2.10)	0.907
Cohabitation	3.93 (2.39)	3.69 (2.05)	3.87 (2.21)	3.97 (1.90)	0.662
Ignorance des modes de transmission	3.47 (1.98)	3.21 (2.24)	3.47 (1.93)	3.47 (1.91)	0.744
Responsabilité personnelle	4.07 (1.81)	4.90 (2.04)	4.73 (1.74)	4.83 (1.58)	0.290
Fatalité	2.47 (1.72)	2.10 (1.59)	1.90 (1.35)	1.73 (1.46)	0.734
Mode de vie	4.03 (1.67)	4.00 (2.22)	3.83 (1.70)	3.47 (1.94)	0.627
L'unique responsable	3.17 (2.04)	2.38 (1.90)	2.70 (1.74)	2.93 (2.30)	0.168
Hospitalisation à domicile	5.50 (1.63)	6.03 (1.48)	5.80 (1.61)	5.73 (1.76)	0.299
Retraite	5.47 (1.50)	6.14 (1.18)	5.38 (1.76)	5.53 (1.85)	0.352
Carnet d'assurance	4.48 (2.16)	4.72 (2.17)	4.43 (2.30)	4.43 (2.14)	0.745
Livret de santé	6.13 (1.53)	5.83 (1.65)	6.30 (1.26)	5.33 (1.97)	0.276
Carte d'identité	2.67 (2.19)	2.03 (1.68)	2.10 (1.77)	1.93 (1.60)	0.496
Le bouche-à-bouche	4.23 (2.21)	4.00 (2.19)	4.77 (2.11)	3.97 (2.20)	0.489
Confiance en tant que gardien	4.14 (2.00)	4.45 (1.88)	3.47 (2.05)	4.10 (1.81)	0.651
Même lieu de travail	6.00 (1.46)	5.93 (1.44)	5.97 (1.38)	6.17 (1.09)	0.571
Image globale	4.93 (1.23)	5.34 (0.94)	4.97 (0.94)	4.93 (1.26)	0.275
Même risque pour vous	5.00 (2.20)	4.31 (2.51)	3.90 (2.14)	3.97 (2.20)	0.373
Même risque pour vos amis	5.20 (1.99)	4.28 (2.39)	4.00 (1.98)	4.43 (2.06)	0.084
Même risque pour les Grecs	5.03 (2.17)	4.48 (2.26)	4.13 (1.98)	4.80 (1.88)	0.120

Tableau 7.10f Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément à l'origine ethnique de la personne séropositive et au sexe du participant.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale				
	Origine ethnique PVS * Sexe PP				
	Grec * Homme	Grec * Femme	Etranger *	Etranger *	P
	m (SD)	m (SD)	Homme m (SD)	Femme m (SD)	
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	2.63 (1.87)	3.00 (1.97)	3.07 (1.72)	3.17 (2.35)	0.733
Fait aléatoire	3.63 (1.87)	3.10 (2.01)	3.80 (2.07)	3.31 (2.14)	0.928
Punition	1.73 (1.39)	1.43 (1.01)	2.10 (1.76)	1.66 (1.49)	0.768
Pas de dangerosité	5.69 (1.69)	5.30 (2.00)	5.03 (1.77)	4.59 (2.31)	0.932
Echange de poignée de main	6.17 (1.66)	6.57 (0.90)	5.90 (1.67)	6.07 (1.39)	0.674
Nourriture	5.50 (1.78)	5.30 (1.76)	4.83 (2.02)	4.72 (2.19)	0.908
Prêt de vêtements	5.37 (2.06)	4.73 (2.13)	4.17 (2.26)	4.97 (2.20)	0.076
Cohabitation	3.97 (2.40)	4.10 (1.83)	3.83 (2.20)	3.55 (2.10)	0.602
Ignorance des modes de transmission	3.43 (2.13)	3.07 (1.78)	3.50 (1.76)	3.62 (2.32)	0.515
Responsabilité personnelle	4.41 (1.80)	4.93 (1.74)	4.40 (1.81)	4.79 (1.90)	0.848
Fatalité	1.97 (1.50)	1.73 (1.26)	2.40 (1.61)	2.10 (1.76)	0.916
Mode de vie	3.90 (1.94)	3.67 (1.95)	3.97 (1.40)	3.79 (2.24)	0.914
L'unique responsable	3.07 (2.03)	2.97 (2.19)	2.80 (1.77)	2.34 (2.02)	0.626
Hospitalisation à domicile	5.97 (1.47)	5.93 (1.34)	5.33 (1.71)	5.83 (1.89)	0.354
Retraite	5.83 (1.39)	5.79 (1.54)	5.03 (1.75)	5.86 (1.64)	0.126
Carnet d'assurance	4.34 (2.18)	4.27 (2.21)	4.57 (2.28)	4.90 (2.06)	0.613
Livret de santé	6.33 (1.58)	5.87 (1.50)	6.10 (1.18)	5.28 (2.09)	0.565
Carte d'identité	2.13 (2.05)	1.63 (1.35)	2.63 (1.94)	2.34 (1.82)	0.755
Le bouche-à-bouche	4.53 (2.33)	4.00 (2.13)	4.47 (2.01)	3.97 (2.26)	0.972
Confiance en tant que gardien	3.62 (2.27)	4.20 (1.61)	3.97 (1.79)	4.34 (2.07)	0.809
Même lieu de travail	5.97 (1.59)	6.37 (0.72)	6.00 (1.23)	5.72 (1.60)	0.171
Image globale	5.03 (1.09)	5.07 (0.83)	4.87 (1.11)	5.21 (1.37)	0.442
Même risque pour vous	4.57 (2.43)	3.67 (2.12)	4.33 (2.02)	4.62 (2.50)	0.142
Même risque pour vos amis	4.77 (2.22)	3.93 (2.02)	4.43 (1.91)	4.79 (2.35)	0.117
Même risque pour les Grecs	4.73 (2.21)	4.40 (1.85)	4.43 (2.03)	4.90 (2.27)	0.300

Tableau 7.10g Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au sexe du séropositif, à l'origine ethnique du séropositif et au sexe du participant.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale								P
	Sexe PVS * Origine ethnique PVS				Sexe PP				
	Homme * Grec * Homme m (SD)	Homme * Grec * Femme m (SD)	Homme * Etranger * Homme m (SD)	Homme * Etranger * Femme m (SD)	Femme * Grecque * Homme m (SD)	Femme * Grecque * Femme m (SD)	Femme * Etrangère * Homme m (SD)	Femme * Etrangère * Femme m (SD)	
<i>Questions</i>									
Conditions de vie	2.60 (1.96)	2.67 (2.09)	3.07 (1.22)	3.43 (2.71)	2.67 (1.84)	3.33 (1.84)	3.07 (2.15)	2.93 (2.02)	0.459
Fait aléatoire	3.53 (2.03)	3.07 (2.02)	4.20 (2.14)	4.00 (2.32)	3.73 (1.75)	3.13 (2.07)	3.40 (1.99)	2.67 (1.80)	0.788
Punition	1.67 (1.11)	1.60 (1.30)	1.73 (1.16)	1.79 (1.76)	1.80 (1.66)	1.27 (0.59)	2.50 (2.21)	1.53 (1.25)	0.604
Pas de dangerosité	5.47 (2.07)	4.87 (2.29)	4.87 (1.88)	4.21 (2.72)	5.93 (1.21)	5.73 (1.62)	5.20 (1.70)	4.93 (1.87)	0.990
Echange de poignée de main	6.00 (2.00)	6.67 (0.62)	5.60 (1.92)	6.29 (1.27)	6.33 (1.29)	6.47 (1.13)	6.20 (1.37)	5.87 (1.51)	0.649
Nourriture	5.67 (2.02)	5.00 (1.81)	4.47 (2.20)	4.50 (2.53)	5.33 (1.54)	5.60 (1.72)	5.20 (1.82)	4.93 (1.87)	0.392
Prêt de vêtements	5.20 (2.21)	4.33 (1.91)	3.67 (2.44)	4.79 (2.52)	5.53 (1.96)	5.13 (2.33)	4.67 (2.02)	5.13 (1.92)	0.484
Cohabitation	4.33 (2.41)	3.80 (2.01)	3.53 (2.39)	3.57 (2.17)	3.60 (2.41)	4.40 (1.64)	4.13 (2.03)	3.53 (2.10)	0.216
Ignorance des modes de transmission	3.40 (2.16)	2.80 (1.78)	3.53 (1.85)	3.64 (2.65)	3.47 (2.17)	3.33 (1.80)	3.47 (1.73)	3.60 (2.06)	0.768
Responsabilité personnelle	4.43 (1.87)	5.07 (1.87)	3.73 (1.75)	4.71 (2.27)	4.40 (1.80)	4.80 (1.66)	5.07 (1.67)	4.87 (1.55)	0.481
Fatalité	2.07 (1.62)	2.00 (1.41)	2.87 (1.77)	2.21 (1.81)	1.87 (1.41)	1.47 (1.06)	1.93 (1.33)	2.00 (1.77)	0.354
Mode de vie	3.93 (2.15)	3.73 (2.15)	4.13 (1.06)	4.29 (2.33)	3.87 (1.77)	3.60 (1.80)	3.80 (1.70)	3.33 (2.13)	0.696
L'unique responsable	3.53 (2.20)	2.60 (1.68)	2.80 (1.86)	2.14 (2.14)	2.60 (1.80)	3.33 (2.61)	2.80 (1.74)	2.53 (1.96)	0.391
Hospitalisation à domicile	5.93 (1.28)	5.67 (1.45)	5.07 (1.87)	6.43 (1.45)	6.00 (1.69)	6.20 (1.21)	5.60 (1.55)	5.27 (2.12)	0.069

Retraite	5.67 (1.50)	5.71 (1.27)	5.27 (1.53)	6.57 (0.94)	6.00 (1.30)	5.87 (1.81)	4.80 (1.97)	5.20 (1.90)	0.535
Carnet d'assurance	4.21 (2.26)	4.27 (2.25)	4.73 (2.12)	5.21 (2.04)	4.47 (2.17)	4.27 (2.25)	4.40 (2.50)	4.60 (2.10)	0.986
Livret de santé	6.40 (1.59)	6.00 (1.20)	5.87 (1.46)	5.64 (2.06)	6.27 (1.62)	5.73 (1.79)	6.33 (0.82)	4.93 (2.12)	0.385
Carte d'identité	2.53 (2.36)	1.80 (1.66)	2.80 (2.08)	2.29 (1.73)	1.73 (1.67)	1.47 (0.99)	2.47 (1.85)	2.40 (1.96)	0.989
Le bouche-à-bouche	4.53 (2.47)	4.13 (2.07)	3.93 (1.94)	3.86 (2.38)	4.53 (2.26)	3.87 (2.26)	5.00 (2.00)	4.07 (2.22)	0.716
Confiance en tant que gardien	4.29 (2.23)	4.40 (1.45)	4.00 (1.81)	4.50 (2.31)	3.00 (2.20)	4.00 (1.77)	3.93 (1.83)	4.20 (1.90)	0.438
Même lieu de travail	6.13 (1.60)	6.27 (0.80)	5.87 (1.36)	5.57 (1.87)	5.80 (1.61)	6.47 (0.64)	6.13 (1.13)	5.87 (1.36)	0.610
Image globale	5.13 (1.25)	5.13 (0.83)	4.73 (1.22)	5.57 (1.02)	4.93 (0.92)	5.00 (0.85)	5.00 (1.00)	4.87 (1.60)	0.207
Même risque pour vous	5.73 (2.25)	3.53 (2.29)	4.27 (1.94)	5.14 (2.54)	3.40 (2.06)	3.80 (2.01)	4.40 (2.16)	4.13 (2.45)	0.023
Même risque pour vos amis	5.80 (2.21)	3.47 (2.00)	4.60 (1.59)	5.14 (2.54)	3.73 (1.75)	4.40 (1.99)	4.27 (2.22)	4.47 (2.20)	0.030
Même risque pour les Grecs	5.47 (2.42)	4.07 (1.91)	4.60 (1.88)	4.93 (2.59)	4.00 (1.77)	4.73 (1.79)	4.27 (2.22)	4.87 (2.03)	0.227

Tableau 7.11a Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au niveau de religiosité.

	Niveau de religiosité		P
	Non religieux	Religieux	
	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>			
Conditions de vie	2.87 (1.99)	3.10 (1.89)	0.419
Fait aléatoire	3.15 (2.03)	3.54 (2.16)	0.073
Punition	1.51 (1.20)	1.85 (1.42)	0.565
Pas de dangerosité	5.73 (1.64)	5.14 (1.97)	0.025
Echange de poignée de main	6.42 (1.21)	6.05 (1.53)	0.064
Nourriture	5.47 (1.72)	4.98 (1.90)	0.011
Prêt de vêtements	5.21 (1.93)	4.86 (1.98)	0.386
Cohabitation	4.34 (2.01)	3.65 (1.97)	0.025
Ignorance des modes de transmission	3.59 (1.91)	3.35 (2.01)	0.523
Responsabilité personnelle	4.29 (1.98)	4.26 (1.99)	0.582
Fatalité	1.67 (1.33)	2.30 (1.67)	0.014
Mode de vie	3.36 (1.80)	3.71 (1.85)	0.611
L'unique responsable	2.62 (2.01)	2.64 (1.94)	0.274
Hospitalisation à domicile	6.04 (1.34)	5.71 (1.56)	0.121
Retraite	5.66 (1.65)	5.48 (1.59)	0.587
Carnet d'assurance	4.54 (2.10)	4.02 (2.08)	0.323
Livret de santé	6.00 (1.38)	5.57 (1.86)	0.037
Carte d'identité	1.85 (1.62)	2.19 (1.72)	0.027
Le bouche-à-bouche	3.83 (2.04)	3.98 (2.09)	0.776
Confiance en tant que gardien	4.49 (1.91)	4.04 (1.85)	0.212
Même lieu de travail	6.34 (1.16)	5.84 (1.46)	0.002
Image globale	4.97 (1.23)	5.13 (1.15)	0.237
Même risque pour vous	4.48 (2.21)	4.47 (2.05)	0.081
Même risque pour vos amis	4.64 (2.08)	4.53 (1.96)	0.058
Même risque pour les Grecs	4.78 (1.99)	4.69 (1.90)	0.118

Tableau 7.11b Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au sexe du séropositif et au niveau de religiosité des participants.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale				
	Sexe PLS * Niveau de religiosité PP				
	Homme * Non religieux m (SD)	Homme * Religieux m (SD)	Femme * Non religieux m (SD)	Femme * Religieux m (SD)	P
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	2.62 (2.00)	3.22 (2.06)	3.07 (1.83)	3.07 (2.05)	0.419
Fait aléatoire	3.46 (2.27)	3.81 (2.01)	2.79 (1.63)	3.72 (2.07)	0.397
Punition	1.31 (0.88)	2.03 (1.53)	1.97 (1.76)	1.61 (1.37)	0.035
Pas de dangerosité	5.62 (1.98)	4.19 (2.26)	5.50 (1.60)	5.28 (1.69)	0.072
Echange de poignée de main	6.50 (1.33)	5.81 (1.71)	6.38 (1.32)	6.03 (1.35)	0.485
Nourriture	5.62 (1.68)	4.28 (2.33)	5.55 (1.74)	5.03 (1.68)	0.218
Prêt de vêtements	5.08 (2.13)	3.94 (2.31)	4.97 (2.23)	5.34 (1.72)	0.046
Cohabitation	4.31 (2.22)	3.31 (2.10)	4.31 (2.11)	3.52 (1.94)	0.772
Ignorance des modes de transmission	3.27 (1.87)	3.44 (2.31)	3.28 (1.91)	3.59 (1.84)	0.844
Responsabilité personnelle	4.52 (1.96)	4.47 (2.02)	4.93 (1.62)	4.66 (1.74)	0.725
Fatalité	1.73 (1.43)	2.78 (1.70)	1.66 (1.23)	2.03 (1.57)	0.214
Mode de vie	4.00 (1.72)	4.13 (2.09)	3.59 (1.78)	3.79 (1.88)	0.874
L'unique responsable	3.04 (2.03)	2.63 (1.98)	3.00 (2.20)	2.59 (1.80)	0.990
Hospitalisation à domicile	6.04 (1.34)	5.50 (1.72)	5.97 (1.45)	5.48 (1.88)	0.841
Retraite	5.77 (1.42)	5.77 (1.38)	5.62 (1.92)	5.18 (1.68)	0.579
Carnet d'assurance	4.65 (2.23)	4.58 (2.16)	4.79 (2.26)	4.07 (2.20)	0.418
Livret de santé	6.12 (1.40)	5.84 (1.74)	6.38 (1.01)	5.34 (2.11)	0.227
Carte d'identité	1.81 (1.50)	2.81 (2.22)	1.76 (1.60)	2.34 (1.76)	0.458
Le bouche-à-bouche	4.35 (2.26)	3.84 (2.10)	4.17 (2.17)	4.48 (2.23)	0.354
Confiance en tant que gardien	4.62 (2.00)	4.03 (1.86)	3.93 (2.07)	3.66 (1.86)	0.727
Même lieu de travail	6.35 (1.26)	5.63 (1.52)	6.48 (0.99)	5.62 (1.35)	0.777
Image globale	5.12 (1.14)	5.16 (1.11)	4.71 (1.12)	5.17 (1.07)	0.323
Même risque pour vous	5.23 (2.27)	4.13 (2.35)	4.10 (2.34)	3.79 (2.06)	0.394
Même risque pour vos amis	5.46 (2.02)	4.09 (2.22)	4.28 (2.23)	4.17 (1.89)	0.120
Même risque pour les Grecs	5.46 (1.96)	4.13 (2.25)	4.41 (2.11)	4.55 (1.86)	0.063

Tableau 7.11c Différences en ce qui concerne les réponses participantes sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément à l'origine ethnique et au niveau de religiosité.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale				P
	Origine ethnique PLS * Niveau de religiosité PP				
	Grec * Non religieux m (SD)	Grec * Religieux m (SD)	Etranger * Non religieux m (SD)	Etranger * Religieux m (SD)	
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	3.00 (2.00)	2.72 (1.87)	2.69 (1.83)	3.53 (2.14)	0.151
Fait aléatoire	2.62 (1.61)	4.00 (2.02)	3.65 (2.21)	3.56 (2.03)	0.042
Punition	1.38 (0.86)	1.83 (1.49)	1.96 (1.87)	1.84 (1.46)	0.281
Pas de dangerosité	5.57 (1.83)	5.31 (1.91)	5.54 (1.75)	4.16 (2.08)	0.094
Echange de poignée de main	6.41 (1.40)	6.28 (1.33)	6.46 (1.24)	5.59 (1.66)	0.172
Nourriture	5.76 (1.66)	5.07 (1.79)	5.38 (1.75)	4.25 (2.24)	0.506
Prêt de vêtements	5.28 (2.15)	4.90 (1.97)	4.73 (2.18)	4.34 (2.31)	0.913
Cohabitation	4.45 (2.05)	3.59 (2.10)	4.15 (2.27)	3.25 (1.95)	0.956
Ignorance des modes de transmission	3.10 (1.95)	3.48 (2.01)	3.46 (1.79)	3.53 (2.18)	0.649
Responsabilité personnelle	4.93 (1.54)	4.48 (2.03)	4.54 (2.02)	4.63 (1.76)	0.425
Fatalité	1.72 (1.41)	2.03 (1.38)	1.65 (1.23)	2.78 (1.84)	0.130
Mode de vie	3.90 (1.74)	3.86 (2.07)	3.65 (1.79)	4.06 (1.93)	0.525
L'unique responsable	2.83 (1.98)	3.17 (2.19)	2.09 (1.40)	3.23 (2.25)	0.050
Hospitalisation à domicile	6.24 (1.06)	5.59 (1.64)	5.73 (1.66)	5.41 (1.93)	0.618
Retraite	5.86 (1.60)	5.67 (1.33)	5.50 (1.79)	5.34 (1.72)	0.977
Carnet d'assurance	4.45 (2.18)	4.14 (2.27)	5.04 (2.27)	4.50 (2.11)	0.762
Livret de santé	6.17 (1.44)	6.03 (1.70)	6.35 (0.89)	5.22 (2.06)	0.112
Carte d'identité	1.34 (1.01)	2.45 (2.16)	2.27 (1.87)	2.72 (1.89)	0.369
Le bouche-à-bouche	4.28 (2.12)	4.07 (2.33)	4.23 (2.32)	4.22 (2.04)	0.799
Confiance en tant que gardien	4.10 (2.09)	3.79 (1.86)	4.42 (2.02)	3.91 (1.87)	0.869
Même lieu de travail	6.52 (1.12)	5.76 (1.27)	6.31 (1.12)	5.50 (1.57)	0.945
Image globale	4.82 (0.90)	5.24 (0.99)	5.00 (1.36)	5.09 (1.17)	0.461
Même risque pour vous	4.62 (2.34)	3.55 (2.20)	4.65 (2.42)	4.34 (2.18)	0.307
Même risque pour vos amis	4.93 (2.17)	3.69 (1.98)	4.73 (2.27)	4.53 (2.06)	0.162
Même risque pour les Grecs	4.93 (1.96)	4.14 (2.07)	4.88 (2.27)	4.50 (2.09)	0.563

Tableau 7.11d Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au supposé sexe, à l'origine ethnique de la personne séropositive et au niveau de religiosité du participant.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale								P
	Sexe PLS * Origine ethnique PLS * Niveau de religiosité PP								
	Homme * Grec * Non religieux m (SD)	Homme * Grec * Religieux m (SD)	Homme * Etranger * Non religieux m (SD)	Homme * Etranger * Religieux m (SD)	Femme * Grecque * Non religieux m (SD)	Femme * Grecque * Religieux m (SD)	Femme * Etrangère * Non religieux m (SD)	Femme * Etrangère * Religieux m (SD)	
<i>Questions</i>									
Conditions de vie	2.77 (2.28)	2.56 (1.86)	2.46 (1.76)	3.88 (2.09)	3.19 (1.80)	2.92 (1.93)	2.92 (1.93)	3.19 (2.20)	0.464
Fait aléatoire	2.77 (1.88)	3.56 (2.03)	4.15 (2.48)	4.06 (2.02)	2.50 (1.41)	4.54 (1.94)	3.15 (1.86)	3.06 (1.98)	0.397
Punition	1.38 (0.96)	1.88 (1.36)	1.23 (0.83)	2.19 (1.72)	1.38 (0.81)	1.77 (1.69)	2.69 (2.32)	1.47 (1.06)	0.053
Pas de dangerosité	5.23 (2.28)	5.00 (2.16)	6.00 (1.63)	3.38 (2.13)	5.87 (1.36)	5.69 (1.55)	5.08 (1.80)	4.94 (1.77)	0.085
Echange de poignée de main	6.23 (1.79)	6.38 (1.31)	6.77 (0.60)	5.25 (1.91)	6.56 (1.03)	6.15 (1.41)	6.15 (1.63)	5.94 (1.34)	0.086
Nourriture	5.54 (1.94)	5.06 (1.95)	5.69 (1.44)	3.50 (2.48)	5.94 (1.44)	5.08 (1.66)	5.08 (2.02)	5.00 (1.75)	0.076
Prêt de vêtements	5.00 (2.04)	4.44 (2.13)	5.15 (2.30)	3.44 (2.45)	5.50 (2.28)	5.46 (1.66)	4.31 (2.06)	5.25 (1.81)	0.179
Cohabitation	4.08 (2.29)	3.88 (2.13)	4.54 (2.22)	2.75 (1.98)	4.75 (1.84)	3.23 (2.09)	3.77 (2.35)	3.75 (1.84)	0.050
Ignorance des modes de transmission	3.08 (1.85)	3.19 (2.17)	3.46 (1.94)	3.69 (2.50)	3.13 (2.09)	3.85 (1.82)	3.46 (1.71)	3.38 (1.89)	0.544
Responsabilité personnelle	5.00 (1.65)	4.63 (2.09)	4.08 (2.18)	4.31 (1.99)	4.88 (1.50)	4.31 (2.02)	5.00 (1.83)	4.94 (1.48)	0.940
Fatalité	1.69 (1.55)	2.38 (1.45)	1.77 (1.36)	3.19 (1.87)	1.75 (1.34)	1.62 (1.19)	1.54 (1.13)	2.38 (1.78)	0.834
Mode de vie	3.92 (1.98)	3.94 (2.24)	4.08 (1.50)	4.31 (1.99)	3.88 (1.59)	3.77 (1.92)	3.23 (2.01)	3.81 (1.91)	0.744
L'unique responsable	2.85 (1.63)	3.38 (2.25)	3.23 (2.42)	1.88 (1.36)	2.81 (2.29)	2.92 (2.18)	3.23 (2.17)	2.31 (1.45)	0.566
Hospitalisation à domicile	6.08 (1.12)	5.50 (1.51)	6.00 (1.58)	5.50 (1.97)	6.38 (1.02)	5.69 (1.84)	5.46 (1.76)	5.31 (1.96)	0.709

Retraite	5.54 (1.45)	5.73 (1.33)	6.00 (1.41)	5.81 (1.47)	6.13 (1.71)	5.58 (1.38)	5.00 (2.04)	4.88 (1.86)	0.510
Carnet d'assurance	3.92 (2.40)	4.53 (2.17)	5.38 (1.85)	4.63 (2.22)	4.88 (1.96)	3.69 (2.39)	4.69 (2.66)	4.38 (2.06)	0.181
Livret de santé	6.00 (1.73)	6.31 (1.14)	6.23 (1.01)	5.38 (2.13)	6.31 (1.20)	5.69 (2.21)	6.46 (0.78)	5.06 (2.05)	0.749
Carte d'identité	1.54 (1.39)	2.69 (2.41)	2.08 (1.61)	2.94 (2.08)	1.19 (0.54)	2.15 (1.86)	2.46 (2.15)	2.50 (1.71)	0.636
Le bouche-à-bouche	4.46 (2.30)	4.06 (2.24)	4.23 (2.31)	3.63 (2.00)	4.13 (2.03)	4.08 (2.53)	4.23 (2.42)	4.81 (1.97)	0.614
Confiance en tant que gardien	4.31 (2.14)	4.38 (1.63)	4.92 (1.89)	3.69 (2.06)	3.94 (2.11)	3.08 (1.93)	3.92 (2.10)	4.13 (1.71)	0.107
Même lieu de travail	6.54 (1.39)	5.88 (1.09)	6.15 (1.14)	5.38 (1.86)	6.50 (0.89)	5.62 (1.50)	6.46 (1.13)	5.63 (1.26)	0.868
Image globale	4.85 (1.14)	5.38 (0.96)	5.38 (1.12)	4.94 (1.24)	4.80 (0.68)	5.08 (1.04)	4.62 (1.50)	5.25 (1.13)	0.113
Même risque pour vous	5.15 (2.61)	4.06 (2.38)	5.31 (1.97)	4.19 (2.40)	4.19 (2.07)	2.92 (1.85)	4.00 (2.71)	4.50 (2.00)	0.291
Même risque pour vos amis	5.38 (2.36)	3.88 (2.25)	5.54 (1.71)	4.31 (2.24)	4.56 (2.00)	3.46 (1.66)	3.92 (2.53)	4.75 (1.91)	0.298
Même risque pour les Grecs	5.23 (2.20)	4.25 (2.27)	5.69 (1.75)	4.00 (2.31)	4.69 (1.78)	4.00 (1.87)	4.08 (2.50)	5.00 (1.79)	0.137

Tableau 7.12a Différences de degré d'approbation des participants de la 1^{ère} manipulation expérimentale, conformément aux facteurs qui ont résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	1 ^{ère} Manipulation expérimentale							
	1er Facteur		2ème Facteur		3ème Facteur		4ème Facteur	
	< 0	>= 0	< 0	>= 0	< 0	>= 0	< 0	>= 0
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)
<i>Questions</i>								
Conditions de vie	2.90 (1.78)	3.19 (2.05)	3.02 (1.84)	2.97 (1.90)	2.75 (1.76)	3.54 (2.01*)	2.75 (1.86)	3.19 (1.86)
Fait aléatoire	3.33 (2.13)	3.39 (2.35)	3.45 (2.07)	3.27 (2.29)	3.48 (2.24)	3.06 (2.09)	3.30 (2.13)	3.39 (2.26)
Punition	1.45 (1.05)	2.24 (1.46*)	1.79 (1.37)	1.61 (1.14)	1.56 (1.13)	1.97 (1.42)	1.69 (1.21)	1.68 (1.27)
Pas de dangerosité	5.81 (1.75)	5.17 (1.48*)	5.67 (1.72)	5.56 (1.67)	5.64 (1.74)	5.54 (1.58)	5.08 (1.95)	6.06 (1.28*)
Echange de poignée de main	6.39 (1.25)	5.92 (1.61)	6.16 (1.45)	6.30 (1.35)	6.43 (1.23)	5.83 (1.64*)	6.00 (1.58)	6.45 (1.17*)
Nourriture	5.52 (1.55)	4.72 (1.95*)	5.57 (1.47)	5.05 (1.86)	5.41 (1.63)	4.94 (1.89)	4.75 (1.72)	5.71 (1.60*)
Prêt de vêtements	5.44 (1.65)	4.53 (1.75*)	5.24 (1.70)	5.09 (1.75)	5.29 (1.72)	4.86 (1.73)	4.55 (1.77)	5.68 (1.51*)
Cohabitation	4.24 (1.89)	3.61 (1.98)	4.29 (1.96)	3.86 (1.90)	4.09 (1.98)	3.94 (1.85)	3.38 (1.80)	4.61 (1.87*)
Ignorance des modes de transmission	3.65 (2.05)	3.25 (1.73)	3.84 (2.04)	3.29 (1.87)	3.55 (2.06)	3.46 (1.74)	3.43 (2.01)	3.60 (1.92)
Responsabilité personnelle	3.85 (2.01)	4.14 (2.15)	4.06 (1.93)	3.85 (2.15)	4.03 (2.16)	3.74 (1.80)	3.75 (2.00)	4.10 (2.10)
Fatalité	1.58 (1.34)	3.03 (1.72*)	1.80 (1.44)	2.21 (1.71)	2.00 (1.67)	2.11 (1.47)	1.98 (1.51)	2.08 (1.69)
Mode de vie	3.42 (1.77)	2.81 (1.62)	3.35 (1.65)	3.14 (1.81)	3.30 (1.86)	3.06 (1.43)	3.19 (1.68)	3.26 (1.80)
L'unique responsable	2.05 (1.59)	3.17 (2.17*)	2.22 (1.67)	2.54 (1.98)	2.48 (1.93)	2.23 (1.68)	2.26 (1.81)	2.52 (1.90)
Hospitalisation à domicile	6.14 (1.17)	5.50 (1.50*)	5.98 (1.31)	5.91 (1.32)	6.05 (1.32)	5.69 (1.28)	5.94 (1.18)	5.94 (1.42)
Retraite	5.67 (1.50)	5.19 (1.75*)	5.50 (1.47)	5.53 (1.68)	5.57 (1.70)	5.40 (1.33)	5.50 (1.58)	5.53 (1.62)

Carnet d'assurance	3.89 (1.96)	4.22 (2.03)	4.31 (1.96)	3.76 (1.98)	3.98 (2.08)	4.03 (1.76)	3.75 (2.01)	4.19 (1.95)
Livret de santé	5.41 (1.86)	5.72 (1.50)	5.39 (1.80)	5.59 (1.73)	5.44 (1.85)	5.66 (1.51)	5.28 (1.95)	5.69 (1.56)
Carte d'identité	1.72 (1.31)	2.31 (1.83*)	1.96 (1.57)	1.86 (1.48)	1.90 (1.55)	1.91 (1.44)	2.00 (1.56)	1.82 (1.48)
Le bouche-à-bouche	3.68 (1.96)	3.61 (1.78)	3.78 (1.81)	3.58 (1.97)	3.76 (1.94)	3.43 (1.80)	2.98 (1.83)	4.24 (1.76*)
L'exercice de profession	5.87 (1.27)	5.14 (1.53*)	5.80 (1.22)	5.53 (1.51)	5.76 (1.41)	5.37 (1.35)	5.47 (1.41)	5.79 (1.38)
Confiance en tant que professeur des écoles	5.57 (1.55)	4.72 (1.91*)	5.37 (1.65)	5.26 (1.76)	5.55 (1.64)	4.74 (1.75*)	5.04 (1.76)	5.53 (1.64)
Confiance en tant que gardien	4.73 (1.74)	3.67 (1.79*)	4.43 (1.91)	4.38 (1.75)	4.56 (1.83)	4.03 (1.76)	4.13 (1.93)	4.63 (1.69)
Même lieu de travail	6.38 (1.14)	5.56 (1.70*)	6.20 (1.08)	6.06 (1.58)	6.28 (1.36)	5.77 (1.40)	5.96 (1.52)	6.26 (1.25)
Image globale	5.24 (1.19)	4.75 (1.36)	5.16 (1.26)	5.03 (1.26)	5.18 (1.25)	4.89 (1.28)	4.87 (1.21)	5.27 (1.28)
Même risque pour vous	4.71 (1.97)	4.50 (1.83)	4.49 (1.92)	4.76 (1.93)	4.73 (1.96)	4.46 (1.84)	4.53 (2.04)	4.74 (1.82)
Même risque pour vos amis	4.73 (1.95)	4.56 (1.70)	4.57 (1.89)	4.76 (1.86)	4.79 (1.89)	4.43 (1.80)	4.53 (1.98)	4.81 (1.77)
Même risque pour les Grecs	4.95 (1.75)	4.69 (1.72)	4.53 (1.83)	5.12 (1.63)	4.91 (1.82)	4.77 (1.55)	4.72 (1.69)	5.00 (1.77)

*p < 0,05, coefficient entre les deux comparaisons des catégories de chaque facteur

Tableau 7.12b Différences dans le degré d'approbation des participants de la 1^{ère} manipulation expérimentale, conformément à la manipulation et au 1^{er} facteur principal qui a résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	1 ^{ère} Manipulation expérimentale * 1 ^{er} Facteur								p
	HETERO * F<0	HETERO * F>=0	HOMO * F<0	HOMO * F>=0	UID * F<0	UID * F>=0	TRANSF * F<0	TRANSF * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>									
Conditions de vie	2.91 (1.72)	3.14 (2.04)	2.76 (1.67)	3.11 (1.83)	3.83 (2.01)	4.22 (2.54)	2.11 (1.41)	2.45 (1.69)	0.999
Fait aléatoire	3.41 (1.99)	4.57 (2.37)	2.67 (1.93)	2.22 (1.92)	2.94 (2.07)	2.22 (1.39)	4.39 (2.33)	4.55 (2.54)	0.446
Punition	1.59 (1.37)	2.33 (1.37)	1.29 (0.90)	2.75 (1.83)	1.72 (1.18)	2.56 (1.51)	1.18 (0.39)	1.55 (1.04)	0.437
Pas de dangerosité	5.86 (1.86)	5.14 (1.07)	5.48 (1.94)	5.00 (1.66)	5.56 (1.62)	4.78 (1.20)	6.39 (1.46)	5.64 (1.80)	0.988
Echange de poignée de main	6.14 (1.64)	6.14 (0.90)	6.24 (1.61)	5.22 (2.22)	6.61 (0.61)	5.56 (2.01)	6.67 (0.49)	6.64 (0.50)	0.333
Nourriture	5.73 (1.35)	4.29 (2.36)	5.52 (1.60)	4.44 (2.24)	5.28 (1.81)	4.44 (1.94)	5.50 (1.54)	5.45 (1.44)	0.522
Prêt de vêtements	5.55 (1.68)	4.00 (1.73)	5.62 (1.56)	4.11 (2.26)	5.39 (1.97)	4.22 (1.56)	5.17 (1.42)	5.45 (1.21)	0.167
Cohabitation	4.59 (1.99)	3.43 (2.15)	4.19 (1.50)	3.33 (1.87)	3.94 (2.18)	3.33 (2.24)	4.17 (1.95)	4.18 (1.89)	0.745
Ignorance des modes de transmission	3.14 (1.81)	3.43 (1.72)	3.62 (1.96)	3.44 (2.40)	5.06 (2.07)	2.89 (1.45)	2.89 (1.84)	3.27 (1.49)	0.070
Responsabilité personnelle	4.77 (1.74)	3.71 (1.80)	3.76 (1.48)	5.67 (1.66)	4.56 (2.04)	5.22 (1.48)	2.11 (1.81)	2.27 (1.79)	0.039
Fatalité	1.64 (1.43)	3.00 (1.83)	1.10 (0.44)	3.00 (1.80)	1.67 (1.46)	2.67 (1.41)	2.00 (1.68)	3.36 (1.96)	0.755
Mode de vie	3.45 (1.53)	3.00 (1.53)	3.10 (1.61)	2.22 (1.48)	3.11 (2.08)	2.00 (0.71)	4.06 (1.83)	3.82 (1.89)	0.791
L'unique responsable	2.10 (1.58)	3.14 (2.12)	2.33 (1.62)	3.56 (2.40)	2.50 (2.01)	4.67 (2.06)	1.22 (0.55)	1.64 (1.03)	0.315
Hospitalisation à domicile	5.86 (1.46)	5.29 (1.38)	6.05 (1.07)	5.44 (1.94)	6.50 (0.86)	4.89 (1.45)	6.22 (1.17)	6.18 (1.08)	0.179
Retraite	5.52 (1.47)	5.29 (1.25)	5.29 (1.62)	4.89 (2.32)	5.72 (1.64)	4.56 (1.74)	6.22 (1.17)	5.91 (1.45)	0.720
Carnet d'assurance	4.09 (1.72)	4.29 (1.70)	3.95 (1.96)	5.11 (1.96)	3.61 (2.23)	5.00 (2.12)	3.83 (2.09)	2.82 (1.60)	0.112

Livret de santé	5.14 (1.91)	5.57 (1.72)	5.57 (1.66)	6.11 (1.05)	5.00 (2.20)	6.22 (1.20)	5.94 (1.63)	5.09 (1.81)	0.197
Carte d'identité	1.91 (1.34)	2.57 (1.27)	1.67 (1.20)	2.11 (1.45)	1.22 (0.73)	3.11 (2.93)	2.06 (1.73)	1.64 (1.03)	0.050
Le bouche-à-bouche	4.32 (2.12)	3.71 (2.14)	3.48 (1.89)	4.22 (1.92)	3.72 (2.11)	2.78 (1.39)	3.11 (1.57)	3.73 (1.68)	0.298
L'exercice de profession	6.14 (1.21)	5.14 (1.46)	6.14 (0.85)	5.11 (2.03)	5.17 (1.47)	4.33 (1.32)	5.94 (1.39)	5.82 (1.08)	0.572
Confiance en tant que professeur des écoles	5.91 (1.38)	4.71 (1.25)	5.62 (1.16)	4.78 (2.17)	4.67 (2.22)	3.33 (1.87)	6.00 (0.97)	5.82 (1.47)	0.561
Confiance en tant que gardien	5.00 (1.75)	3.71 (1.70)	4.86 (1.49)	3.22 (1.79)	3.89 (2.14)	3.00 (1.80)	5.11 (1.37)	4.55 (1.69)	0.702
Même lieu de travail	6.09 (1.44)	5.71 (0.49)	6.57 (0.75)	5.11 (2.52)	6.17 (1.34)	5.11 (1.83)	6.72 (0.75)	6.18 (1.17)	0.474
Image globale	5.41 (1.30)	5.57 (0.98)	5.19 (1.21)	4.11 (1.54)	4.94 (1.16)	4.00 (1.12)	5.39 (1.09)	5.36 (1.12)	0.183
Même risque pour vous	4.82 (1.68)	4.86 (1.77)	4.29 (2.19)	4.11 (2.03)	4.17 (1.82)	3.44 (1.42)	5.61 (1.97)	5.45 (1.63)	0.910
Même risque pour vos amis	4.82 (1.71)	5.00 (1.63)	4.33 (2.22)	4.11 (2.03)	4.33 (1.78)	3.78 (1.09)	5.50 (1.95)	5.27 (1.68)	0.930
Même risque pour les Grecs	4.95 (1.79)	5.29 (1.11)	4.86 (1.49)	4.11 (2.03)	4.61 (1.69)	3.89 (1.69)	5.39 (2.06)	5.45 (1.51)	0.617

Tableau 7.12c Différences dans le degré d'approbation des participants de la 1^{ère} manipulation expérimentale, conformément à la manipulation et au 2^{ème} facteur principal qui a résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	1 ^{ère} Manipulation expérimentale * 2 ^{ème} Facteur								P
	HETERO * F<0	HETERO * F>=0	HOMO * F<0	HOMO * F>=0	UID * F<0	UID * F>=0	TRANSF * F<0	TRANSF * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>									
Conditions de vie	2.73 (1.71)	3.21 (1.85)	2.36 (1.29)	3.16 (1.86)	4.47 (1.92)	3.33 (2.35)	1.75 (0.71)	2.43 (1.69)	0.169
Fait aléatoire	3.47 (1.96)	3.93 (2.30)	2.64 (1.91)	2.47 (1.95)	3.07 (1.94)	2.25 (1.76)	5.25 (1.98)	4.14 (2.48)	0.524
Punition	1.79 (1.63)	1.71 (1.14)	1.55 (1.21)	1.78 (1.48)	2.20 (1.47)	1.75 (1.14)	1.38 (0.74)	1.30 (0.73)	0.798
Pas de dangerosité	5.47 (2.13)	5.93 (1.14)	5.36 (1.86)	5.32 (1.89)	5.47 (1.46)	5.08 (1.62)	6.88 (0.35)	5.81 (1.81)	0.431
Echange de poignée de main	5.93 (1.83)	6.36 (1.01)	6.00 (1.90)	5.89 (1.85)	6.20 (0.94)	6.33 (1.72)	6.75 (0.46)	6.62 (0.50)	0.873
Nourriture	5.80 (1.37)	4.93 (1.98)	5.73 (1.35)	4.89 (2.05)	4.93 (1.67)	5.08 (2.15)	6.13 (1.25)	5.24 (1.51)	0.632
Prêt de vêtements	5.27 (1.91)	5.07 (1.73)	5.73 (1.68)	4.84 (1.98)	4.80 (1.74)	5.25 (2.14)	5.38 (1.30)	5.24 (1.37)	0.579
Cohabitation	4.40 (1.92)	4.21 (2.26)	4.55 (1.57)	3.58 (1.61)	3.87 (2.42)	3.58 (1.93)	4.50 (1.77)	4.05 (1.96)	0.882
Ignorance des modes de transmission	3.53 (1.92)	2.86 (1.56)	4.00 (2.10)	3.32 (2.06)	4.67 (2.16)	3.92 (2.11)	2.63 (1.51)	3.19 (1.78)	0.580
Responsabilité personnelle	5.00 (1.65)	4.00 (1.84)	3.82 (1.54)	4.63 (1.83)	4.53 (1.77)	5.08 (2.02)	1.75 (1.39)	2.33 (1.91)	0.208
Fatalité	1.73 (1.28)	2.21 (1.93)	1.18 (0.60)	1.95 (1.58)	2.13 (1.77)	1.83 (1.11)	2.13 (1.81)	2.67 (1.93)	0.640
Mode de vie	3.60 (1.35)	3.07 (1.69)	2.36 (1.29)	3.11 (1.73)	3.33 (1.80)	2.00 (1.60)	4.25 (1.91)	3.86 (1.82)	0.153
L'unique responsable	1.87 (1.30)	2.92 (2.06)	1.73 (1.19)	3.26 (2.08)	3.33 (2.09)	3.08 (2.50)	1.50 (1.07)	1.33 (0.66)	0.156
Hospitalisation à domicile	5.80 (1.47)	5.64 (1.45)	6.09 (1.14)	5.74 (1.52)	5.87 (1.55)	6.08 (1.00)	6.38 (0.74)	6.14 (1.24)	0.878
Retraite	5.36 (1.45)	5.57 (1.40)	5.45 (1.57)	5.00 (1.97)	5.60 (1.40)	5.00 (2.09)	5.63 (1.77)	6.29 (1.01)	0.457
Carnet d'assurance	4.20 (1.74)	4.07 (1.69)	3.91 (1.97)	4.53 (2.04)	4.53 (2.10)	3.50 (2.39)	4.63 (2.33)	3.00 (1.64)	0.183

Livret de santé	5.07 (2.05)	5.43 (1.65)	5.18 (2.09)	6.05 (0.97)	5.67 (1.35)	5.08 (2.61)	5.75 (1.83)	5.57 (1.72)	0.464
Carte d'identité	2.27 (1.49)	1.86 (1.17)	1.64 (0.67)	1.89 (1.52)	1.87 (2.10)	1.83 (1.85)	2.00 (1.60)	1.86 (1.49)	0.879
Le bouche-à-bouche	4.33 (1.99)	4.00 (2.29)	3.36 (2.06)	3.89 (1.82)	3.93 (1.53)	2.75 (2.22)	3.00 (1.41)	3.48 (1.69)	0.315
L'exercice de profession	5.87 (1.30)	5.93 (1.38)	6.45 (0.69)	5.47 (1.54)	5.07 (1.28)	4.67 (1.67)	6.13 (0.99)	5.81 (1.36)	0.540
Confiance en tant que professeur des écoles	5.73 (1.33)	5.50 (1.56)	5.73 (1.10)	5.16 (1.74)	4.40 (2.13)	4.00 (2.30)	6.00 (1.20)	5.90 (1.18)	0.958
Confiance en tant que gardien	5.00 (1.77)	4.36 (1.82)	5.00 (1.90)	4.00 (1.56)	3.40 (1.99)	3.83 (2.17)	4.50 (1.51)	5.05 (1.50)	0.294
Même lieu de travail	6.13 (1.36)	5.86 (1.23)	6.45 (0.82)	5.95 (1.93)	5.73 (1.03)	5.92 (2.11)	6.88 (0.35)	6.38 (1.07)	0.786
Image globale	5.27 (1.33)	5.64 (1.08)	5.55 (1.21)	4.47 (1.35)	4.53 (1.19)	4.75 (1.29)	5.63 (1.06)	5.29 (1.10)	0.114
Même risque pour vous	4.47 (1.73)	5.21 (1.58)	5.00 (2.10)	3.79 (2.04)	3.80 (1.82)	4.08 (1.62)	5.13 (2.10)	5.71 (1.74)	0.183
Même risque pour vos amis	4.47 (1.77)	5.29 (1.49)	5.09 (2.12)	3.79 (2.04)	4.00 (1.73)	4.33 (1.44)	5.13 (2.10)	5.52 (1.75)	0.140
Même risque pour les Grecs	3.60 (1.72)	5.33 (1.07)	5.27 (1.68)	4.26 (1.59)	4.60 (1.80)	5.50 (1.34)	5.13 (1.81)	5.52 (1.89)	0.022

Tableau 7.12d Différences dans le degré d'approbation des participants de la 1^{ère} manipulation expérimentale, conformément à la manipulation et au 3^{ème} facteur principal qui a résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	1 ^{ère} Manipulation expérimentale * 3 ^{ème} Facteur								p
	HETERO *	HETERO *	HOMO *	HOMO *	UID * F<0	UID * F>=0	TRANSF *	TRANSF *	
	F<0	F>=0	F<0	F>=0	m (SD)	m (SD)	F<0	F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>									
Conditions de vie	2.89 (1.97)	3.09 (1.45)	2.74 (1.48)	3.29 (2.36)	3.78 (2.05)	4.33 (2.45)	1.76 (1.00)	3.50 (1.93)	0.458
Fait aléatoire	3.83 (2.23)	3.45 (1.97)	2.48 (1.70)	2.71 (2.63)	2.89 (1.84)	2.33 (2.00)	4.76 (2.49)	3.63 (1.92)	0.748
Punition	1.59 (1.23)	2.00 (1.61)	1.64 (1.33)	1.86 (1.57)	1.89 (1.23)	2.22 (1.56)	1.15 (0.49)	1.75 (1.04)	0.964
Pas de dangerosité	5.72 (1.81)	5.64 (1.63)	5.17 (1.97)	5.86 (1.35)	5.39 (1.61)	5.11 (1.36)	6.29 (1.42)	5.63 (2.07)	0.607
Echange de poignée de main	6.11 (1.64)	6.18 (1.25)	6.26 (1.60)	4.86 (2.27)	6.50 (0.71)	5.78 (2.05)	6.81 (0.40)	6.25 (0.46)	0.310
Nourriture	5.50 (1.62)	5.18 (1.94)	5.26 (1.89)	5.00 (1.83)	5.17 (1.62)	4.67 (2.35)	5.71 (1.38)	4.88 (1.64)	0.942
Prêt de vêtements	5.17 (1.82)	5.18 (1.83)	5.39 (2.02)	4.43 (1.27)	5.17 (1.72)	4.67 (2.29)	5.38 (1.32)	5.00 (1.41)	0.815
Cohabitation	4.17 (2.09)	4.55 (2.07)	4.04 (1.82)	3.57 (0.79)	3.89 (2.19)	3.44 (2.24)	4.24 (1.97)	4.00 (1.77)	0.854
Ignorance des modes de transmission	3.22 (2.07)	3.18 (1.17)	3.48 (2.19)	3.86 (1.68)	4.89 (1.84)	3.22 (2.33)	2.76 (1.58)	3.75 (1.91)	0.103
Responsabilité personnelle	4.89 (1.75)	3.91 (1.76)	4.52 (1.75)	3.71 (1.70)	1.81 (1.66)	3.13 (1.81)	5.11 (1.71)	4.11 (2.09)	0.050
Fatalité	1.94 (1.63)	2.00 (1.67)	1.65 (1.40)	1.71 (1.25)	1.78 (1.48)	2.44 (1.51)	2.62 (2.04)	2.25 (1.49)	0.745
Mode de vie	3.56 (1.62)	3.00 (1.34)	2.65 (1.50)	3.43 (1.90)	3.00 (2.03)	2.22 (1.20)	4.05 (2.06)	3.75 (1.04)	0.431
L'unique responsable	2.65 (1.90)	1.91 (1.45)	3.00 (2.04)	1.71 (1.11)	3.06 (2.29)	3.56 (2.24)	1.29 (0.72)	1.63 (0.92)	0.251
Hospitalisation à domicile	6.06 (1.30)	5.18 (1.54)	5.91 (1.47)	5.71 (1.11)	5.89 (1.41)	6.11 (1.17)	6.33 (1.11)	5.88 (1.13)	0.512
Retraite	5.71 (1.31)	5.09 (1.51)	5.04 (1.99)	5.57 (1.13)	5.22 (1.86)	5.56 (1.51)	6.33 (1.24)	5.50 (1.20)	0.363
Carnet d'assurance	4.22 (1.73)	4.00 (1.67)	4.04 (2.06)	5.14 (1.68)	4.22 (2.37)	3.78 (2.11)	3.48 (2.18)	3.38 (1.30)	0.572

Livret de santé	5.22 (2.13)	5.27 (1.35)	5.57 (1.65)	6.29 (0.76)	5.33 (2.03)	5.56 (2.01)	5.57 (1.78)	5.75 (1.67)	0.927
Carte d'identité	1.83 (1.15)	2.45 (1.57)	1.83 (1.40)	1.71 (0.76)	1.94 (1.98)	1.67 (2.00)	2.00 (1.67)	1.63 (0.92)	0.645
Le bouche-à-bouche	4.22 (2.16)	4.09 (2.12)	3.78 (2.02)	3.43 (1.51)	3.67 (2.09)	2.89 (1.54)	3.43 (1.54)	3.13 (1.89)	0.943
L'exercice de profession	5.78 (1.48)	6.09 (1.04)	5.87 (1.49)	5.71 (0.95)	5.17 (1.25)	4.33 (1.73)	6.14 (1.31)	5.25 (0.89)	0.326
Confiance en tant que professeur des écoles	5.78 (1.40)	5.36 (1.50)	5.52 (1.59)	4.86 (1.35)	4.67 (2.14)	3.33 (2.06)	6.14 (1.06)	5.38 (1.30)	0.771
Confiance en tant que gardien	4.89 (1.75)	4.36 (1.91)	4.39 (1.92)	4.29 (0.95)	3.89 (2.03)	3.00 (2.06)	5.05 (1.50)	4.50 (1.51)	0.048
Même lieu de travail	6.17 (1.15)	5.73 (1.49)	6.26 (1.79)	5.71 (0.76)	6.11 (1.37)	5.22 (1.86)	6.52 (0.98)	6.50 (0.93)	0.758
Image globale	5.50 (1.20)	5.36 (1.29)	5.00 (1.41)	4.43 (1.27)	4.83 (1.15)	4.22 (1.30)	5.38 (1.16)	5.38 (0.92)	0.782
Même risque pour vous	4.83 (1.69)	4.82 (1.72)	4.57 (2.13)	3.14 (1.77)	3.67 (1.75)	4.44 (1.59)	5.71 (1.76)	5.13 (2.03)	0.229
Même risque pour vos amis	4.83 (1.72)	4.91 (1.64)	4.61 (2.15)	3.14 (1.77)	4.00 (1.61)	4.44 (1.59)	5.62 (1.75)	4.88 (2.03)	0.286
Même risque pour les Grecs	4.78 (1.86)	5.45 (1.13)	4.91 (1.73)	3.71 (1.11)	4.11 (1.78)	4.89 (1.45)	5.71 (1.68)	4.63 (2.13)	0.068

Tableau 7.12e Différences dans le degré d'approbation des participants de la 1^{ère} manipulation expérimentale, conformément à la manipulation et au 4^{ème} facteur principal qui a résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	1 ^{ère} Manipulation expérimentale * 4 ^{ème} Facteur								p
	HETERO * F<0	HETERO * F>=0	HOMO * F<0	HOMO * F>=0	UID * F<0	UID * F>=0	TRANSF * F<0	TRANSF * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>									
Conditions de vie	2.30 (1.77)	3.32 (1.70)	2.64 (1.65)	3.06 (1.77)	4.38 (2.10)	3.57 (2.21)	1.81 (0.91)	2.77 (1.92)	0.205
Fait aléatoire	4.00 (2.21)	3.53 (2.09)	2.43 (1.79)	2.63 (2.06)	2.46 (1.56)	2.93 (2.16)	4.31 (2.30)	4.62 (2.53)	0.857
Punition	1.80 (1.32)	1.72 (1.45)	1.62 (1.33)	1.75 (1.44)	2.08 (1.44)	1.93 (1.27)	1.38 (0.81)	1.25 (0.62)	0.973
Pas de dangerosité	4.50 (2.22)	6.32 (0.95)	5.07 (2.16)	5.56 (1.55)	4.62 (1.39)	5.93 (1.38)	5.81 (1.91)	6.46 (1.13)	0.391
Echange de poignée de main	5.60 (2.07)	6.42 (1.02)	5.79 (1.85)	6.06 (1.88)	5.85 (1.72)	6.64 (0.63)	6.56 (0.51)	6.77 (0.44)	0.754
Nourriture	4.70 (1.89)	5.74 (1.56)	4.71 (1.54)	5.63 (2.03)	4.23 (1.92)	5.71 (1.54)	5.25 (1.61)	5.77 (1.30)	0.762
Prêt de vêtements	4.30 (2.00)	5.63 (1.54)	4.93 (1.90)	5.38 (1.93)	4.00 (2.00)	5.93 (1.27)	4.81 (1.28)	5.85 (1.21)	0.402
Cohabitation	3.20 (1.99)	4.89 (1.88)	3.57 (1.55)	4.25 (1.69)	2.38 (1.61)	5.00 (1.88)	4.13 (1.78)	4.23 (2.09)	0.055
Ignorance des modes de transmission	4.10 (1.73)	2.74 (1.63)	3.57 (2.21)	3.56 (2.00)	3.54 (2.33)	5.07 (1.69)	2.81 (1.72)	3.31 (1.70)	0.048
Responsabilité personnelle	4.20 (1.87)	4.68 (1.77)	4.43 (1.60)	4.25 (1.91)	4.62 (1.98)	4.93 (1.82)	2.19 (1.60)	2.15 (2.03)	0.899
Fatalité	2.10 (1.85)	1.89 (1.52)	1.57 (1.16)	1.75 (1.53)	2.08 (1.71)	1.93 (1.33)	2.19 (1.47)	2.92 (2.29)	0.684
Mode de vie	2.60 (0.97)	3.74 (1.63)	3.36 (1.65)	2.38 (1.45)	2.54 (1.81)	2.93 (1.86)	3.94 (1.73)	4.00 (2.00)	0.127
L'unique responsable	1.60 (0.52)	2.78 (2.05)	3.07 (1.86)	2.38 (2.00)	3.08 (2.56)	3.36 (1.98)	1.31 (0.70)	1.46 (0.88)	0.270
Hospitalisation à domicile	5.50 (1.35)	5.84 (1.50)	6.07 (1.00)	5.69 (1.66)	5.85 (1.28)	6.07 (1.38)	6.19 (1.17)	6.23 (1.09)	0.749
Retraite	5.11 (1.36)	5.63 (1.42)	5.50 (1.65)	4.88 (1.96)	5.31 (1.84)	5.36 (1.69)	5.88 (1.45)	6.38 (0.96)	0.481
Carnet d'assurance	3.30 (1.16)	4.58 (1.77)	3.21 (1.97)	5.25 (1.53)	4.69 (2.21)	3.50 (2.21)	3.75 (2.18)	3.08 (1.66)	0.004

Livret de santé	4.60 (2.12)	5.58 (1.64)	5.14 (1.83)	6.25 (0.93)	5.15 (2.27)	5.64 (1.74)	5.94 (1.61)	5.23 (1.83)	0.193
Carte d'identité	2.00 (1.05)	2.11 (1.49)	1.93 (1.49)	1.69 (1.08)	1.77 (1.79)	1.93 (2.16)	2.25 (1.77)	1.46 (0.97)	0.643
Le bouche-à-bouche	2.70 (1.42)	4.95 (2.01)	2.86 (1.88)	4.44 (1.63)	3.31 (2.14)	3.50 (1.79)	3.00 (1.90)	3.77 (1.09)	0.168
L'exercice de profession	5.60 (1.26)	6.05 (1.35)	6.14 (0.77)	5.56 (1.71)	4.23 (1.42)	5.50 (1.22)	5.81 (1.38)	6.00 (1.15)	0.076
Confiance en tant que professeur des écoles	5.00 (1.33)	5.95 (1.39)	5.64 (1.01)	5.13 (1.89)	3.23 (2.17)	5.14 (1.79)	6.00 (0.97)	5.85 (1.41)	0.016
Confiance en tant que gardien	4.00 (2.05)	5.05 (1.58)	4.71 (1.86)	4.06 (1.61)	2.62 (2.02)	4.50 (1.65)	4.94 (1.06)	4.85 (1.95)	0.030
Même lieu de travail	5.40 (1.71)	6.32 (0.89)	6.29 (1.07)	6.00 (2.00)	5.38 (2.06)	6.21 (0.80)	6.50 (0.97)	6.54 (0.970)	0.274
Image globale	4.70 (1.16)	5.84 (1.07)	5.21 (1.19)	4.56 (1.50)	4.31 (1.38)	4.93 (1.00)	5.13 (1.02)	5.69 (1.11)	0.037
Même risque pour vous	4.10 (2.13)	5.21 (1.27)	4.43 (2.03)	4.06 (2.24)	3.85 (1.68)	4.00 (1.80)	5.44 (2.13)	5.69 (1.44)	0.523
Même risque pour vos amis	4.20 (2.10)	5.21 (1.32)	4.43 (2.03)	4.13 (2.28)	4.00 (1.58)	4.29 (1.64)	5.25 (2.11)	5.62 (1.45)	0.616
Même risque pour les Grecs	4.60 (1.78)	5.26 (1.56)	4.93 (1.44)	4.38 (1.86)	4.08 (1.32)	4.64 (1.98)	5.13 (2.06)	5.77 (1.54)	0.462

Tableau 7.13a Différences de degré d’approbation des participants de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément aux facteurs qui ont résulté de l’analyse sur les composantes principales.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale							
	1er Facteur		2ème Facteur		3ème Facteur		4ème Facteur	
	< 0	>= 0	< 0	>= 0	< 0	>= 0	< 0	>= 0
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)
<i>Questions</i>								
Conditions de vie	2.77 (1.89)	3.49 (2.10*)	2.76 (1.79)	3.21 (2.12)	2.83 (2.10)	3.27 (1.79)	2.77 (1.75)	3.22 (2.17)
Fait aléatoire	3.61 (2.19)	3.43 (1.61)	3.54 (2.15)	3.56 (1.90)	3.32 (2.05)	3.89 (1.92)	3.66 (1.98)	3.45 (2.04)
Punition	1.24 (0.66)	2.67 (2.04*)	1.62 (1.34)	1.78 (1.53)	1.65 (1.58)	1.80 (1.24)	1.89 (1.63)	1.54 (1.24)
Pas de dangerosité	5.26 (2.13)	4.84 (1.76)	5.12 (2.11)	5.11 (1.96)	5.08 (2.22)	5.18 (1.70)	4.81 (1.95)	5.40 (2.05)
Echange de poignée de main	6.59 (1.02)	5.27 (1.81*)	6.26 (1.44)	6.07 (1.49)	6.44 (1.24)	5.73 (1.67*)	5.79 (1.69)	6.48 (1.14*)
Nourriture	5.50 (1.74)	4.05 (2.09*)	5.38 (1.79)	4.72 (2.08)	5.44 (1.83)	4.40 (2.04*)	4.75 (2.03)	5.26 (1.92)
Prêt de vêtements	5.23 (2.01)	3.92 (2.27*)	4.90 (2.13)	4.70 (2.23)	5.32 (2.17)	4.02 (1.97*)	4.47 (2.22)	5.09 (2.12)
Cohabitation	4.27 (2.03)	2.95 (1.99*)	4.02 (2.05)	3.67 (2.15)	4.18 (2.18)	3.31 (1.88*)	3.60 (2.11)	4.03 (2.09)
Ignorance des modes de transmission	3.38 (2.00)	3.35 (1.90)	3.20 (1.77)	3.51 (2.11)	3.21 (2.10)	3.60 (1.74)	3.32 (2.05)	3.41 (1.89)
Responsabilité personnelle	4.68 (1.87)	4.41 (1.79)	4.16 (1.81)	4.93 (1.80*)	4.76 (1.82)	4.33 (1.85)	4.43 (1.82)	4.72 (1.85)
Fatalité	1.76 (1.32)	2.68 (1.76*)	2.06 (1.58)	2.07 (1.52)	1.65 (1.38)	2.67 (1.58*)	2.25 (1.70)	1.90 (1.37)
Mode de vie	3.73 (1.86)	4.24 (1.86)	3.60 (1.83)	4.15 (1.88)	3.85 (2.02)	3.98 (1.64)	4.08 (1.74)	3.74 (1.98)
L’unique responsable	2.68 (2.11)	2.81 (1.66)	2.26 (1.66)	3.10 (2.12*)	2.68 (2.04)	2.78 (1.87)	2.81 (2.01)	2.64 (1.93)
Hospitalisation à domicile	6.22 (1.20)	4.81 (1.94*)	5.72 (1.68)	5.77 (1.59)	5.91 (1.62)	5.51 (1.60)	5.62 (1.72)	5.86 (1.53)
Retraite	5.92 (1.39)	5.08 (1.89)	5.77 (1.67)	5.52 (1.59)	5.88 (1.57)	5.27 (1.65*)	5.53 (1.60)	5.72 (1.64)
Carnet d’assurance	4.53 (2.21)	4.44 (2.02)	4.54 (2.05)	4.47 (2.23)	4.57 (2.19)	4.40 (2.09)	4.75 (2.15)	4.28 (2.13)

Livret de santé	5.97 (1.67)	5.73 (1.50)	6.14 (1.34)	5.69 (1.79)	5.71 (1.88)	6.16 (1.09)	6.15 (1.43)	5.66 (1.74)
Carte d'identité	1.88 (1.63)	2.73 (2.00*)	1.86 (1.60)	2.41 (1.92)	1.88 (1.68)	2.58 (1.90)	2.58 (2.15)	1.78 (1.30*)
Le bouche-à-bouche	4.62 (2.04)	3.22 (2.12*)	4.56 (2.07)	3.82 (2.19)	4.44 (2.26)	3.73 (1.96)	3.91 (1.93)	4.38 (2.35)
Confiance en tant que gardien	4.49 (1.82)	2.97 (1.64*)	4.24 (1.77)	3.77 (1.98)	4.12 (2.04)	3.78 (1.66)	3.68 (2.01)	4.26 (1.76)
Même lieu de travail	6.45 (0.81)	5.14 (1.70*)	6.36 (0.96)	5.72 (1.52*)	6.11 (1.36)	5.87 (1.29)	5.74 (1.55)	6.26 (1.05)
Image globale	5.22 (1.00)	4.58 (1.20*)	5.16 (1.21)	4.89 (1.00)	5.25 (1.06)	4.67 (1.09*)	4.98 (0.95)	5.04 (1.24)
Même risque pour vous	4.36 (2.28)	4.22 (2.23)	4.34 (2.41)	4.30 (2.14)	4.36 (2.36)	4.24 (2.11)	4.62 (2.23)	4.03 (2.26)
Même risque pour vos amis	4.62 (2.16)	4.38 (1.98)	4.46 (2.24)	4.61 (1.98)	4.64 (2.22)	4.40 (1.90)	4.75 (2.09)	4.34 (2.09)
Même risque pour les Grecs	4.72 (2.13)	4.57 (1.88)	4.58 (2.20)	4.74 (1.92)	4.83 (2.09)	4.42 (1.97)	4.91 (1.99)	4.45 (2.08)

*p < 0,05, coefficient entre les deux comparaisons des catégories de chaque facteur

Tableau 7.13b Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au sexe du séropositif et au 1^{er} facteur principal qui a résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale Sexe PLS * 1 ^{er} Facteur				P
	Homme * F<0	Homme * F>=0	Femme * F<0	Femme * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	2.48 (1.77)	4.13 (2.25)	3.12 (2.00)	3.00 (1.90)	0.029
Fait aléatoire	3.70 (2.28)	3.81 (1.68)	3.50 (2.11)	3.14 (1.53)	0.616
Punition	1.25 (0.67)	2.63 (1.82)	1.24 (0.65)	2.70 (2.25)	0.996
Pas de dangerosité	4.78 (2.42)	4.81 (1.91)	5.85 (1.56)	4.86 (1.68)	0.398
Echange de poignée de main	6.58 (1.11)	4.88 (2.00)	6.62 (0.92)	5.57 (1.63)	0.200
Nourriture	5.40 (1.84)	3.44 (2.37)	5.62 (1.63)	4.52 (1.78)	0.189
Prêt de vêtements	5.03 (2.09)	3.00 (2.13)	5.47 (1.91)	4.62 (2.16)	0.136
Cohabitation	4.23 (2.13)	2.69 (2.12)	4.32 (1.93)	3.14 (1.90)	0.768
Ignorance des modes de transmission	3.28 (2.03)	3.31 (2.30)	3.50 (2.00)	3.38 (1.60)	0.802
Responsabilité personnelle	4.55 (1.89)	4.19 (2.23)	4.82 (1.85)	4.57 (1.40)	0.931
Fatalité	1.88 (1.38)	3.31 (1.82)	1.62 (1.26)	2.19 (1.60)	0.093
Mode de vie	3.65 (1.85)	5.25 (1.69)	3.82 (1.90)	3.48 (1.63)	0.013
L'unique responsable	2.65 (2.08)	3.00 (1.93)	2.71 (2.17)	2.67 (1.46)	0.991
Hospitalisation à domicile	6.10 (1.37)	5.00 (1.75)	6.35 (0.95)	4.67 (2.11)	0.475
Retraite	6.00 (1.21)	5.44 (1.63)	5.82 (1.59)	4.81 (2.06)	0.915
Carnet d'assurance	4.85 (2.14)	4.13 (2.03)	4.15 (2.26)	4.67 (2.03)	0.152
Livret de santé	6.15 (1.44)	5.75 (1.53)	5.76 (1.91)	5.71 (1.52)	0.307
Carte d'identité	2.15 (1.87)	2.75 (1.95)	1.56 (1.24)	2.71 (2.08)	0.670
Le bouche-à-bouche	4.58 (2.00)	2.56 (1.93)	4.68 (2.11)	3.71 (2.17)	0.409
Confiance en tant que gardien	4.79 (1.75)	2.75 (1.48)	4.15 (1.86)	3.14 (1.77)	0.543
Même lieu de travail	6.43 (0.84)	4.75 (1.95)	6.47 (0.79)	5.43 (1.47)	0.244
Image globale	5.30 (1.09)	4.56 (0.96)	5.12 (0.88)	4.60 (1.39)	0.800
Même risque pour vous	4.63 (2.41)	4.69 (2.33)	4.06 (2.12)	3.86 (2.13)	0.670
Même risque pour vos amis	4.78 (2.31)	4.63 (2.06)	4.44 (1.97)	4.19 (1.94)	0.806
Même risque pour les Grecs	4.78 (2.31)	4.81 (1.94)	4.65 (1.92)	4.38 (1.86)	0.783

Tableau 7.13c Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément à l'origine ethnique du séropositif et au 1^{er} facteur principal qui a résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale Origine ethnique PLS * 1 ^{er} Facteur				P
	Grec * F<0	Grec * F>=0	Etranger * F<0	Etranger * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	2.63 (1.79)	3.47 (2.20)	2.94 (2.03)	3.50 (2.09)	0.944
Fait aléatoire	3.37 (2.06)	3.60 (1.50)	3.91 (2.34)	3.32 (1.70)	0.542
Punition	1.22 (0.61)	2.40 (1.76)	1.27 (0.72)	2.86 (2.24)	0.045
Pas de dangerosité	5.40 (2.12)	5.53 (1.19)	5.09 (2.17)	4.36 (1.94)	0.158
Echange de poignée de main	6.71 (0.81)	5.33 (2.02)	6.45 (1.23)	5.23 (1.69)	0.840
Nourriture	5.66 (1.57)	4.40 (2.03)	5.30 (1.93)	3.82 (2.15)	0.365
Prêt de vêtements	5.29 (1.93)	4.20 (2.37)	5.15 (2.14)	3.73 (2.23)	0.242
Cohabitation	4.34 (1.94)	2.93 (2.22)	4.18 (2.16)	2.95 (1.86)	0.935
Ignorance des modes de transmission	3.29 (1.94)	3.07 (1.94)	3.48 (2.11)	3.55 (1.90)	0.735
Responsabilité personnelle	4.90 (1.74)	3.93 (1.87)	4.39 (2.00)	4.73 (1.70)	0.156
Fatalité	1.59 (1.12)	2.53 (1.68)	1.97 (1.53)	2.77 (1.85)	0.599
Mode de vie	3.56 (1.91)	4.60 (1.88)	3.94 (1.80)	4.00 (1.85)	0.486
L'unique responsable	2.95 (2.21)	3.27 (1.98)	2.33 (1.95)	2.50 (1.37)	0.944
Hospitalisation à domicile	6.29 (1.01)	5.07 (1.83)	6.12 (1.41)	4.64 (2.04)	0.690
Retraite	5.90 (1.37)	5.67 (1.63)	5.94 (1.43)	4.68 (1.99)	0.222
Carnet d'assurance	4.17 (2.11)	4.64 (2.27)	4.97 (2.28)	4.32 (1.89)	0.235
Livret de santé	6.05 (1.58)	6.40 (0.91)	5.88 (1.80)	5.27 (1.67)	0.169
Carte d'identité	1.63 (1.37)	2.40 (2.20)	2.18 (1.88)	2.95 (1.86)	0.811
Le bouche-à-bouche	4.56 (2.11)	2.87 (2.07)	4.70 (1.98)	3.45 (2.18)	0.998
Confiance en tant que gardien	4.25 (1.82)	2.40 (1.40)	4.79 (1.80)	3.36 (1.71)	0.582
Même lieu de travail	6.46 (0.81)	5.27 (1.79)	6.42 (0.83)	5.05 (1.68)	0.311
Image globale	5.12 (0.90)	4.57 (0.94)	5.33 (1.11)	4.59 (1.37)	0.719
Même risque pour vous	3.98 (2.27)	4.53 (2.36)	4.85 (2.24)	4.00 (2.16)	0.208
Même risque pour vos amis	4.34 (2.15)	4.47 (2.07)	4.97 (2.14)	4.32 (1.96)	0.463
Même risque pour les Grecs	4.51 (1.99)	5.00 (1.89)	4.97 (2.30)	4.27 (1.86)	0.189

Tableau 7.13d Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} planification expérimentale, conformément au sexe du séropositif et au 2^{ème} facteur principal qui a résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale Sexe PLS * 2 ^{ème} Facteur				P
	Homme * F<0	Homme * F>=0	Femme * F<0	Femme * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	2.81 (1.72)	3.07 (2.30)	2.71 (1.90)	3.35 (1.96)	0.611
Fait aléatoire	3.73 (2.16)	3.73 (2.10)	3.33 (2.16)	3.39 (1.71)	0.943
Punition	1.58 (1.17)	1.70 (1.37)	1.67 (1.52)	1.87 (1.70)	0.948
Pas de dangerosité	4.88 (2.29)	4.70 (2.29)	5.39 (1.90)	5.52 (1.50)	0.606
Echange de poignée de main	6.23 (1.48)	5.97 (1.71)	6.29 (1.43)	6.16 (1.27)	0.701
Nourriture	5.35 (2.02)	4.40 (2.24)	5.42 (1.56)	5.03 (1.91)	0.403
Prêt de vêtements	4.77 (2.29)	4.17 (2.28)	5.04 (1.99)	5.23 (2.09)	0.314
Cohabitation	4.23 (2.23)	3.40 (2.18)	3.79 (1.84)	3.94 (2.13)	0.204
Ignorance des modes de transmission	3.12 (1.97)	3.43 (2.21)	3.29 (1.57)	3.58 (2.05)	0.992
Responsabilité personnelle	4.12 (1.95)	4.73 (2.00)	4.21 (1.69)	5.13 (1.59)	0.707
Fatalité	2.12 (1.56)	2.43 (1.72)	2.00 (1.64)	1.71 (1.22)	0.279
Mode de vie	3.88 (1.80)	4.30 (2.05)	3.29 (1.85)	4.00 (1.71)	0.698
L'unique responsable	2.12 (1.48)	3.30 (2.29)	2.42 (1.86)	2.90 (1.96)	0.346
Hospitalisation à domicile	5.81 (1.58)	5.77 (1.57)	5.63 (1.81)	5.77 (1.63)	0.682
Retraite	6.00 (1.19)	5.70 (1.49)	5.52 (2.06)	5.35 (1.68)	0.813
Carnet d'assurance	4.50 (2.00)	4.79 (2.24)	4.58 (2.15)	4.16 (2.21)	0.358
Livret de santé	5.85 (1.62)	6.20 (1.32)	6.46 (0.88)	5.19 (2.06)	0.009
Carte d'identité	1.81 (1.58)	2.77 (2.06)	1.92 (1.67)	2.06 (1.73)	0.193
Le bouche-à-bouche	4.58 (2.04)	3.50 (2.18)	4.54 (2.15)	4.13 (2.20)	0.384
Confiance en tant que gardien	4.76 (1.59)	3.73 (2.05)	3.71 (1.83)	3.81 (1.94)	0.119
Même lieu de travail	6.42 (0.95)	5.53 (1.70)	6.29 (1.00)	5.90 (1.33)	0.274
Image globale	5.35 (1.09)	4.87 (1.07)	4.96 (1.33)	4.90 (0.94)	0.324
Même risque pour vous	4.50 (2.50)	4.77 (2.28)	4.17 (2.35)	3.84 (1.92)	0.501
Même risque pour vos amis	4.42 (2.35)	5.00 (2.12)	4.50 (2.17)	4.23 (1.78)	0.294
Même risque pour les Grecs	4.65 (2.28)	4.90 (2.16)	4.50 (2.15)	4.58 (1.69)	0.866

Tableau 7.13e Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément à l'origine ethnique du séropositif et au 2^{ème} facteur principal qui a résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale Origine ethnique PLS * 2 ^{ème} Facteur				P
	Grec * F<0	Grec * F>=0	Etranger * F<0	Etranger * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	2.76 (1.83)	2.94 (2.02)	2.76 (1.79)	3.50 (2.22)	0.442
Fait aléatoire	3.56 (2.14)	3.32 (1.74)	3.52 (2.20)	3.80 (2.06)	0.466
Punition	1.40 (0.91)	1.65 (1.33)	1.84 (1.65)	1.93 (1.73)	0.741
Pas de dangerosité	4.40 (2.16)	5.13 (2.01)	5.88 (1.80)	5.10 (1.94)	0.046
Echange de poignée de main	6.72 (1.02)	6.03 (1.56)	5.80 (1.66)	6.10 (1.45)	0.075
Nourriture	5.84 (1.37)	4.90 (1.97)	4.92 (2.06)	4.53 (2.21)	0.465
Prêt de vêtements	5.32 (1.95)	4.74 (2.19)	4.48 (2.26)	4.67 (2.31)	0.373
Cohabitation	4.40 (2.00)	3.61 (2.14)	3.64 (2.06)	3.73 (2.20)	0.265
Ignorance des modes de transmission	3.40 (1.78)	3.10 (2.06)	3.00 (1.78)	3.93 (2.12)	0.104
Responsabilité personnelle	3.96 (1.72)	5.19 (1.72)	4.36 (1.91)	4.67 (1.86)	0.172
Fatalité	1.88 (1.36)	1.81 (1.35)	2.24 (1.79)	2.33 (1.65)	0.789
Mode de vie	3.52 (1.92)	4.10 (1.96)	3.68 (1.77)	4.20 (1.83)	0.987
L'unique responsable	2.36 (1.91)	3.58 (2.19)	2.16 (1.40)	2.60 (1.96)	0.279
Hospitalisation à domicile	6.12 (1.24)	5.84 (1.49)	5.32 (1.97)	5.70 (1.70)	0.259
Retraite	6.09 (1.28)	5.65 (1.54)	5.48 (1.94)	5.40 (1.65)	0.487
Carnet d'assurance	4.20 (2.00)	4.37 (2.28)	4.88 (2.09)	4.57 (2.21)	0.546
Livret de santé	6.32 (1.03)	6.00 (1.69)	5.96 (1.59)	5.37 (1.87)	0.574
Carte d'identité	1.40 (1.08)	2.19 (1.94)	2.32 (1.91)	2.63 (1.90)	0.439
Le bouche-à-bouche	4.80 (2.02)	3.55 (2.23)	4.32 (2.14)	4.10 (2.16)	0.211
Confiance en tant que gardien	4.13 (1.85)	3.45 (1.91)	4.36 (1.73)	4.10 (2.02)	0.480
Même lieu de travail	6.56 (0.92)	5.81 (1.40)	6.16 (0.99)	5.63 (1.65)	0.618
Image globale	5.13 (0.90)	4.87 (0.96)	5.20 (1.47)	4.90 (1.06)	0.999
Même risque pour vous	4.28 (2.34)	4.00 (2.28)	4.40 (2.53)	4.60 (1.98)	0.587
Même risque pour vos amis	4.36 (2.20)	4.39 (2.08)	4.56 (2.33)	4.83 (1.88)	0.784
Même risque pour les Grecs	4.72 (1.99)	4.58 (1.96)	4.44 (2.42)	4.90 (1.90)	0.453

Tableau 7.13f Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au sexe du séropositif et au 3^{ème} facteur principal qui a résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale Sexe PLS * 3 ^{ème} Facteur				P
	Homme * F<0	Homme * F>=0	Femme * F<0	Femme * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	2.33 (2.07)	3.65 (1.79)	3.25 (2.06)	2.74 (1.69)	0.019
Fait aléatoire	3.73 (2.18)	3.73 (2.07)	2.97 (1.89)	4.11 (1.73)	0.140
Punition	1.47 (1.28)	1.85 (1.26)	1.80 (1.80)	1.74 (1.24)	0.438
Pas de dangerosité	4.77 (2.58)	4.81 (1.90)	5.34 (1.86)	5.68 (1.25)	0.718
Echange de poignée de main	6.50 (1.33)	5.62 (1.77)	6.39 (1.18)	5.89 (1.56)	0.545
Nourriture	5.57 (1.94)	4.00 (2.15)	5.33 (1.76)	4.95 (1.78)	0.139
Prêt de vêtements	5.20 (2.27)	3.58 (2.00)	5.42 (2.12)	4.63 (1.80)	0.344
Cohabitation	4.43 (2.33)	3.04 (1.87)	3.97 (2.06)	3.68 (1.89)	0.194
Ignorance des modes de transmission	3.23 (2.28)	3.35 (1.87)	3.19 (1.97)	3.95 (1.51)	0.395
Responsabilité personnelle	4.63 (2.08)	4.23 (1.88)	4.86 (1.61)	4.47 (1.84)	0.992
Fatalité	1.57 (1.41)	3.12 (1.51)	1.72 (1.37)	2.05 (1.51)	0.039
Mode de vie	3.87 (2.15)	4.38 (1.65)	3.83 (1.93)	3.42 (1.50)	0.224
L'unique responsable	2.50 (2.13)	3.04 (1.91)	2.83 (1.98)	2.42 (1.80)	0.224
Hospitalisation à domicile	6.17 (1.39)	5.35 (1.65)	5.69 (1.79)	5.74 (1.56)	0.184
Retraite	6.28 (1.07)	5.35 (1.50)	5.56 (1.83)	5.17 (1.89)	0.370
Carnet d'assurance	4.72 (2.31)	4.58 (1.92)	4.44 (2.10)	4.16 (2.34)	0.881
Livret de santé	6.00 (1.64)	6.08 (1.26)	5.47 (2.05)	6.26 (0.81)	0.256
Carte d'identité	1.90 (1.77)	2.81 (1.96)	1.86 (1.62)	2.26 (1.82)	0.535
Le bouche-à-bouche	4.47 (2.32)	3.46 (1.88)	4.42 (2.25)	4.11 (2.05)	0.442
Confiance en tant que gardien	4.38 (2.16)	4.00 (1.60)	3.92 (1.95)	3.47 (1.74)	0.891
Même lieu de travail	6.13 (1.38)	5.73 (1.54)	6.08 (1.36)	6.05 (0.85)	0.499
Image globale	5.53 (1.04)	4.58 (0.95)	5.00 (1.03)	4.79 (1.27)	0.087
Même risque pour vous	5.07 (2.55)	4.15 (2.09)	3.78 (2.06)	4.37 (2.19)	0.090
Même risque pour vos amis	5.10 (2.45)	4.31 (1.89)	4.25 (1.96)	4.53 (1.95)	0.187
Même risque pour les Grecs	5.07 (2.42)	4.46 (1.90)	4.64 (1.78)	4.37 (2.11)	0.680

Tableau 7.13g Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} planification expérimentale, conformément à l'origine ethnique du séropositif et au 3^{ème} facteur principal qui a résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale Origine ethnique PLS * 3 ^{ème} Facteur				P
	Grec * F<0	Grec * F>=0	Etranger * F<0	Etranger * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	2.65 (1.95)	3.18 (1.87)	3.03 (2.26)	3.35 (1.75)	0.681
Fait aléatoire	3.21 (1.90)	3.77 (1.93)	3.44 (2.21)	4.00 (1.95)	0.920
Punition	1.47 (1.21)	1.64 (1.09)	1.84 (1.90)	1.96 (1.36)	0.924
Pas de dangerosité	5.45 (2.00)	5.41 (1.79)	4.69 (2.40)	4.96 (1.61)	0.668
Echange de poignée de main	6.47 (1.33)	6.14 (1.46)	6.41 (1.16)	5.35 (1.80)	0.189
Nourriture	5.53 (1.62)	5.00 (2.00)	5.34 (2.06)	3.83 (1.95)	0.228
Prêt de vêtements	5.32 (2.14)	4.50 (1.95)	5.31 (2.24)	3.57 (1.93)	0.301
Cohabitation	4.21 (2.10)	3.59 (2.09)	4.16 (2.30)	3.04 (1.66)	0.627
Ignorance des modes de transmission	3.09 (2.11)	3.45 (1.63)	3.34 (2.12)	3.74 (1.86)	0.999
Responsabilité personnelle	4.76 (1.71)	4.45 (1.99)	4.75 (1.97)	4.22 (1.73)	0.882
Fatalité	1.56 (1.21)	2.27 (1.45)	1.75 (1.55)	3.04 (1.64)	0.389
Mode de vie	3.85 (1.94)	3.82 (1.99)	3.84 (2.13)	4.13 (1.25)	0.700
L'unique responsable	3.21 (2.21)	2.77 (2.05)	2.13 (1.70)	2.78 (1.73)	0.700
Hospitalisation à domicile	6.06 (1.46)	5.82 (1.26)	5.75 (1.80)	5.22 (1.86)	0.609
Retraite	6.09 (1.33)	5.43 (1.54)	5.66 (1.77)	5.13 (1.77)	0.947
Carnet d'assurance	4.36 (2.12)	4.18 (2.22)	4.78 (2.27)	4.61 (1.99)	0.948
Livret de santé	6.06 (1.67)	6.27 (0.98)	5.34 (2.04)	6.04 (1.19)	0.396
Carte d'identité	1.82 (1.70)	1.86 (1.61)	1.94 (1.68)	3.26 (1.94)	0.045
Le bouche-à-bouche	4.26 (2.27)	3.86 (2.14)	4.63 (2.27)	3.61 (1.80)	0.534
Confiance en tant que gardien	3.73 (2.00)	3.77 (1.77)	4.53 (2.03)	3.78 (1.59)	0.334
Même lieu de travail	6.21 (1.37)	6.05 (1.09)	6.00 (1.37)	5.70 (1.46)	0.936
Image globale	5.03 (0.95)	4.91 (0.92)	5.47 (1.14)	4.43 (1.20)	0.030
Même risque pour vous	4.12 (2.36)	4.14 (2.23)	4.63 (2.38)	4.35 (2.04)	0.866
Même risque pour vos amis	4.53 (2.15)	4.14 (2.08)	4.75 (2.33)	4.65 (1.72)	0.654
Même risque pour les Grecs	4.79 (1.97)	4.41 (1.97)	4.88 (2.24)	4.43 (2.02)	0.993

Tableau 7.13h. Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au sexe du séropositif et au 4^{ème} facteur principal qui a résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale Sexe PLS * 4 ^{ème} Facteur				P
	Homme * F<0	Homme * F>=0	Femme * F<0	Femme * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	2.90 (1.83)	3.00 (2.30)	2.61 (1.67)	3.41 (2.08)	0.255
Fait aléatoire	3.87 (2.03)	3.58 (2.23)	3.39 (1.92)	3.34 (1.91)	0.809
Punition	1.87 (1.48)	1.38 (0.94)	1.91 (1.83)	1.68 (1.45)	0.907
Pas de dangerosité	4.53 (2.16)	5.08 (2.40)	5.18 (1.59)	5.66 (1.72)	0.734
Echange de poignée de main	5.67 (1.83)	6.58 (1.14)	5.96 (1.52)	6.41 (1.16)	0.641
Nourriture	4.50 (2.22)	5.23 (2.08)	5.09 (1.73)	5.28 (1.80)	0.727
Prêt de vêtements	4.13 (2.29)	4.81 (2.26)	4.91 (2.09)	5.31 (2.01)	0.882
Cohabitation	3.47 (2.21)	4.15 (2.22)	3.78 (2.00)	3.94 (2.02)	0.607
Ignorance des modes de transmission	3.37 (2.14)	3.19 (2.06)	3.26 (1.98)	3.59 (1.76)	0.512
Responsabilité personnelle	4.03 (1.92)	4.92 (1.98)	4.96 (1.58)	4.56 (1.76)	0.063
Fatalité	2.50 (1.70)	2.04 (1.56)	1.91 (1.68)	1.78 (1.21)	0.787
Mode de vie	4.43 (1.74)	3.73 (2.11)	3.61 (1.67)	3.75 (1.90)	0.205
L'unique responsable	3.07 (2.23)	2.38 (1.75)	2.48 (1.68)	2.84 (2.08)	0.091
Hospitalisation à domicile	5.57 (1.70)	6.04 (1.37)	5.70 (1.79)	5.72 (1.65)	0.857
Retraite	5.79 (1.26)	5.88 (1.48)	5.18 (1.94)	5.59 (1.78)	0.290
Carnet d'assurance	4.83 (2.21)	4.46 (2.04)	4.65 (2.12)	4.13 (2.21)	0.751
Livret de santé	6.00 (1.62)	6.08 (1.29)	6.35 (1.15)	5.31 (1.99)	0.115
Carte d'identité	2.73 (2.20)	1.85 (1.38)	2.39 (2.13)	1.72 (1.25)	0.657
Le bouche-à-bouche	3.93 (1.87)	4.08 (2.50)	3.87 (2.05)	4.63 (2.23)	0.560
Confiance en tant que gardien	3.77 (1.91)	4.72 (1.81)	3.57 (2.17)	3.91 (1.65)	0.360
Même lieu de travail	5.63 (1.63)	6.31 (1.16)	5.87 (1.46)	6.22 (0.97)	0.665
Image globale	4.93 (1.01)	5.27 (1.19)	5.04 (0.88)	4.84 (1.27)	0.140
Même risque pour vous	5.10 (2.29)	4.12 (2.39)	4.00 (2.02)	3.97 (2.19)	0.393
Même risque pour vos amis	5.07 (2.16)	4.35 (2.28)	4.35 (1.97)	4.34 (1.96)	0.507
Même risque pour les Grecs	5.10 (2.12)	4.42 (2.27)	4.65 (1.82)	4.47 (1.95)	0.594

Tableau 7.13i Différences en ce qui concerne les réponses des participants sur la base de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément à l'origine ethnique du séropositif et au 4^{ème} facteur principal qui a résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale Origine ethnique PLS * 4 ^{ème} Facteur				P
	Grec * F<0	Grec * F>=0	Etranger * F<0	Etranger * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>					
Conditions de vie	2.76 (1.79)	2.96 (2.08)	2.79 (1.74)	3.45 (2.25)	0.340
Fait aléatoire	3.24 (1.84)	3.63 (2.00)	4.17 (2.06)	3.29 (2.10)	0.209
Punition	1.72 (1.41)	1.33 (0.78)	2.08 (1.86)	1.73 (1.53)	0.899
Pas de dangerosité	5.07 (1.84)	5.81 (1.92)	4.50 (2.06)	5.03 (2.12)	0.708
Echange de poignée de main	6.00 (1.73)	6.70 (0.72)	5.54 (1.64)	6.29 (1.40)	0.920
Nourriture	5.17 (1.85)	5.48 (1.72)	4.25 (2.15)	5.06 (2.08)	0.629
Prêt de vêtements	4.69 (2.17)	5.33 (1.98)	4.21 (2.28)	4.87 (2.25)	0.779
Cohabitation	3.72 (2.09)	4.22 (2.12)	3.46 (2.17)	3.87 (2.09)	0.862
Ignorance des modes de transmission	3.24 (2.20)	3.22 (1.63)	3.42 (1.91)	3.58 (2.11)	0.728
Responsabilité personnelle	4.69 (1.73)	4.59 (1.93)	4.13 (1.92)	4.84 (1.81)	0.497
Fatalité	1.90 (1.37)	1.78 (1.34)	2.67 (1.97)	2.00 (1.41)	0.555
Mode de vie	4.24 (1.83)	3.41 (2.00)	3.88 (1.65)	4.03 (1.94)	0.084
L'unique responsable	3.07 (2.09)	3.00 (2.24)	2.50 (1.91)	2.32 (1.60)	0.984
Hospitalisation à domicile	5.93 (1.56)	6.00 (1.18)	5.25 (1.87)	5.74 (1.79)	0.338
Retraite	5.74 (1.48)	5.93 (1.41)	5.29 (1.73)	5.55 (1.82)	0.426
Carnet d'assurance	4.57 (2.13)	4.00 (2.15)	4.96 (2.20)	4.52 (2.11)	0.751
Livret de santé	6.41 (1.18)	5.85 (1.63)	5.83 (1.66)	5.48 (1.84)	0.780
Carte d'identité	2.10 (2.09)	1.56 (0.93)	3.17 (2.12)	1.97 (1.54)	0.237
Le bouche-à-bouche	3.79 (2.01)	4.44 (2.41)	4.04 (1.88)	4.32 (2.33)	0.547
Confiance en tant que gardien	3.76 (2.06)	3.73 (1.73)	3.58 (1.98)	4.71 (1.68)	0.080
Même lieu de travail	5.86 (1.57)	6.44 (0.70)	5.58 (1.53)	6.10 (1.27)	0.807
Image globale	4.86 (0.83)	5.12 (1.03)	5.13 (1.08)	4.97 (1.40)	0.309
Même risque pour vous	4.41 (2.23)	3.81 (2.35)	4.88 (2.25)	4.23 (2.20)	0.868
Même risque pour vos amis	4.52 (2.08)	4.22 (2.17)	5.04 (2.12)	4.45 (2.05)	0.845
Même risque pour les Grecs	4.90 (1.82)	4.37 (2.10)	4.92 (2.22)	4.52 (2.10)	0.829

Tableau 7.14a Différences dans le degré d'approbation des participants de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au sexe du séropositif, à l'origine ethnique de celui-ci et au 1^{er} facteur qui ont résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale Sexe PLS * Origine ethnique PLS * 1 ^{er} Facteur								P
	Homme * Grec * F<0	Homme * Grec * F>=0	Homme * Etranger * F<0	Homme * Etranger * F>=0	Femme * Grecque *	Femme * Grecque * F>=0	Femme * Etrangère *	Femme * Etrangère * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>									
Conditions de vie	2.28 (1.81)	3.33 (2.35)	2.64 (1.76)	5.14 (1.77)	2.91 (1.76)	3.67 (2.16)	3.55 (2.46)	2.73 (1.79)	0.068
Fait aléatoire	3.11 (2.11)	3.78 (1.72)	4.18 (2.34)	3.86 (1.77)	3.57 (2.04)	3.33 (1.21)	3.36 (2.34)	3.07 (1.67)	0.593
Punition	1.06 (0.24)	2.44 (1.42)	1.41 (0.85)	2.86 (2.34)	1.35 (0.78)	2.33 (2.34)	1.00 (0.00)	2.86 (2.28)	0.467
Pas de dangerosité	4.72 (2.59)	5.67 (1.22)	4.82 (2.34)	3.71 (2.14)	5.95 (1.50)	5.33 (1.21)	5.64 (1.75)	4.67 (1.84)	0.316
Echange de poignée de main	6.83 (0.38)	5.11 (2.32)	6.36 (1.43)	4.57 (1.62)	6.61 (1.03)	5.67 (1.63)	6.64 (0.67)	5.53 (1.68)	0.937
Nourriture	5.67 (1.61)	4.33 (2.40)	5.18 (2.02)	2.29 (1.89)	5.65 (1.58)	4.50 (1.52)	5.55 (1.81)	4.53 (1.92)	0.278
Prêt de vêtements	5.17 (1.79)	3.78 (2.28)	4.91 (2.35)	2.00 (1.53)	5.39 (2.06)	4.83 (2.56)	5.64 (1.63)	4.53 (2.07)	0.579
Cohabitation	4.56 (2.01)	3.00 (2.35)	3.95 (2.24)	2.29 (1.89)	4.17 (1.92)	2.83 (2.23)	4.64 (2.01)	3.27 (1.83)	0.962
Ignorance des modes de transmission	3.11 (1.88)	2.67 (2.06)	3.41 (2.17)	4.14 (2.48)	3.43 (2.02)	3.67 (1.75)	3.64 (2.06)	3.27 (1.58)	0.298
Responsabilité personnelle	5.22 (1.59)	3.67 (2.18)	4.00 (1.98)	4.86 (2.27)	4.65 (1.85)	4.33 (1.37)	5.18 (1.89)	4.67 (1.45)	0.096
Fatalité	1.44 (0.86)	3.11 (1.76)	2.23 (1.63)	3.57 (1.99)	1.70 (1.29)	1.67 (1.21)	1.45 (1.21)	2.40 (1.72)	0.296
Mode de vie	3.44 (2.06)	5.11 (1.90)	4.18 (2.09)	3.33 (1.63)	3.65 (1.82)	3.83 (1.72)	3.82 (1.68)	5.43 (1.51)	0.032
L'unique responsable	2.89 (2.08)	3.33 (2.12)	2.45 (2.11)	2.57 (1.72)	3.00 (2.35)	3.17 (1.94)	2.09 (1.64)	2.47 (1.25)	0.752
Hospitalisation à domicile	6.22 (1.06)	5.11 (1.45)	6.00 (1.60)	4.86 (2.19)	6.35 (0.98)	5.00 (2.45)	6.36 (0.92)	4.53 (2.03)	0.727

Retraite	5.94 (1.03)	5.44 (1.74)	6.05 (1.36)	5.43 (1.62)	5.86 (1.61)	6.00 (1.55)	5.73 (1.62)	4.33 (2.09)	0.296
Carnet d'assurance	4.44 (2.12)	4.00 (2.39)	5.18 (2.15)	4.29 (1.70)	3.96 (2.12)	5.50 (1.97)	4.55 (2.58)	4.33 (2.02)	0.482
Livret de santé	6.28 (1.13)	6.44 (0.88)	6.05 (1.68)	4.86 (1.77)	5.87 (1.87)	6.33 (1.03)	5.55 (2.07)	5.47 (1.64)	0.555
Carte d'identité	1.94 (1.83)	2.33 (2.12)	2.32 (1.94)	3.29 (1.70)	1.39 (0.84)	2.50 (2.51)	1.91 (1.81)	2.80 (1.97)	0.598
Le bouche-à-bouche	4.78 (1.99)	2.78 (2.22)	4.41 (2.04)	2.29 (1.60)	4.39 (2.23)	3.00 (2.00)	5.27 (1.79)	4.00 (2.24)	0.891
Confiance en tant que gardien	4.82 (1.63)	2.89 (1.36)	4.77 (1.88)	2.57 (1.72)	3.83 (1.87)	1.67 (1.21)	4.82 (1.72)	3.73 (1.62)	0.361
Même lieu de travail	6.56 (0.70)	5.44 (1.81)	6.32 (0.95)	3.86 (1.86)	6.39 (0.89)	5.00 (1.90)	6.64 (0.50)	5.60 (1.30)	0.084
Image globale	5.22 (1.00)	4.67 (1.00)	5.36 (1.18)	4.43 (0.98)	5.04 (0.82)	4.40 (0.89)	5.27 (1.01)	4.67 (1.54)	0.661
Même risque pour vous	4.61 (2.62)	4.56 (2.51)	4.64 (2.30)	4.86 (2.27)	3.48 (1.88)	4.50 (2.35)	5.27 (2.15)	3.60 (2.06)	0.123
Même risque pour vos amis	4.72 (2.49)	4.33 (2.35)	4.82 (2.22)	5.00 (1.73)	4.04 (1.85)	4.67 (1.75)	5.27 (2.05)	4.00 (2.04)	0.173
Même risque pour les Grecs	4.78 (2.29)	4.89 (2.20)	4.77 (2.39)	4.71 (1.70)	4.30 (1.74)	5.17 (1.47)	5.36 (2.16)	4.07 (1.94)	0.261

Tableau 7.14b Différences dans le degré d'approbation des participants de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au sexe du séropositif, à l'origine ethnique de celui-ci et au 2^{ème} facteur qui ont résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale Sexe PLS * Origine ethnique PLS * 2 ^{ème} Facteur								P
	Homme * Grec * F<0	Homme * Grec * F>=0	Homme * Etranger * F<0	Homme * Etranger * F>=0	Femme * Grecque *	Femme * Grecque * F>=0	Femme * Etrangère *	Femme * Etrangère * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>									
Conditions de vie	2.67 (1.83)	2.60 (2.23)	2.93 (1.69)	3.53 (2.36)	2.85 (1.91)	3.25 (1.81)	2.55 (1.97)	3.47 (2.17)	0.921
Fait aléatoire	3.58 (2.23)	3.13 (1.81)	3.86 (2.18)	4.33 (2.26)	3.54 (2.15)	3.50 (1.71)	3.09 (2.26)	3.27 (1.75)	0.648
Punition	1.67 (1.23)	1.40 (0.91)	1.50 (1.16)	2.00 (1.69)	1.15 (0.38)	1.88 (1.63)	2.27 (2.10)	1.86 (1.83)	0.091
Pas de dangerosité	5.33 (2.27)	4.80 (2.27)	4.50 (2.31)	4.60 (2.38)	6.42 (1.00)	5.38 (1.59)	4.27 (2.05)	5.67 (1.45)	0.238
Echange de poignée de main	6.50 (1.45)	6.07 (1.67)	6.00 (1.52)	5.87 (1.81)	6.92 (0.28)	6.00 (1.51)	5.55 (1.86)	6.33 (0.98)	0.210
Nourriture	5.92 (1.51)	4.67 (2.16)	4.86 (2.32)	4.13 (2.36)	5.77 (1.30)	5.13 (1.82)	5.00 (1.79)	4.93 (2.05)	0.973
Prêt de vêtements	5.50 (1.62)	4.07 (2.15)	4.14 (2.63)	4.27 (2.46)	5.15 (2.27)	5.38 (2.09)	4.91 (1.70)	5.07 (2.15)	0.334
Cohabitation	4.92 (2.07)	3.33 (2.13)	3.64 (2.27)	3.47 (2.29)	3.92 (1.89)	3.88 (2.19)	3.64 (1.86)	4.00 (2.14)	0.541
Ignorance des modes de transmission	3.25 (1.76)	2.73 (2.05)	3.00 (2.18)	4.13 (2.20)	3.54 (1.85)	3.44 (2.06)	3.00 (1.18)	3.73 (2.09)	0.591
Responsabilité personnelle	4.17 (1.70)	5.13 (2.03)	4.07 (2.20)	4.33 (1.95)	3.77 (1.79)	5.25 (1.44)	4.73 (1.49)	5.00 (1.77)	0.718
Fatalité	2.08 (1.38)	1.93 (1.53)	2.14 (1.75)	2.93 (1.79)	1.69 (1.38)	1.69 (1.20)	2.36 (1.91)	1.73 (1.28)	0.185
Mode de vie	3.83 (1.99)	4.13 (2.29)	3.93 (1.69)	4.47 (1.85)	3.23 (1.88)	4.06 (1.65)	3.36 (1.91)	3.93 (1.83)	0.730
L'unique responsable	2.17 (1.53)	3.73 (2.22)	2.07 (1.49)	2.87 (2.36)	2.54 (2.26)	3.44 (2.22)	2.27 (1.35)	2.33 (1.50)	0.964
Hospitalisation à domicile	5.92 (1.38)	5.80 (1.26)	5.71 (1.77)	5.73 (1.87)	6.31 (1.11)	5.88 (1.71)	4.82 (2.18)	5.67 (1.59)	0.361

Retraite	5.91 (1.04)	5.67 (1.50)	6.07 (1.33)	5.73 (1.53)	6.25 (1.48)	5.63 (1.63)	4.73 (2.37)	5.07 (1.75)	0.396
Carnet d'assurance	4.33 (1.87)	4.29 (2.46)	4.64 (2.17)	5.27 (1.98)	4.08 (2.18)	4.44 (2.19)	5.18 (2.04)	3.87 (2.26)	0.160
Livret de santé	6.00 (1.21)	6.60 (0.83)	5.71 (1.94)	5.80 (1.61)	6.62 (0.77)	5.44 (2.10)	6.27 (1.01)	4.93 (2.05)	0.769
Carte d'identité	1.58 (1.44)	2.47 (2.17)	2.00 (1.71)	3.07 (1.98)	1.23 (0.60)	1.94 (1.73)	2.73 (2.15)	2.20 (1.78)	0.297
Le bouche-à-bouche	4.83 (2.17)	3.53 (2.20)	4.36 (1.98)	3.47 (2.23)	4.77 (1.96)	3.56 (2.34)	4.27 (2.41)	4.73 (1.94)	0.448
Confiance en tant que gardien	4.64 (1.57)	3.80 (1.90)	4.86 (1.66)	3.67 (2.26)	3.69 (2.02)	3.13 (1.93)	3.73 (1.68)	4.53 (1.73)	0.233
Même lieu de travail	6.50 (1.17)	5.93 (1.33)	6.36 (0.74)	5.13 (1.96)	6.62 (0.65)	5.69 (1.49)	5.91 (1.22)	6.13 (1.13)	0.070
Image globale	5.08 (0.90)	5.00 (1.13)	5.57 (1.22)	4.73 (1.03)	5.17 (0.94)	4.75 (0.77)	4.73 (1.68)	5.07 (1.10)	0.079
Même risque pour vous	4.58 (2.64)	4.60 (2.53)	4.43 (2.47)	4.93 (2.09)	4.00 (2.08)	3.44 (1.93)	4.36 (2.73)	4.27 (1.87)	0.990
Même risque pour vos amis	4.33 (2.53)	4.80 (2.37)	4.50 (2.28)	5.20 (1.90)	4.38 (1.94)	4.00 (1.75)	4.64 (2.50)	4.47 (1.85)	0.991
Même risque pour les Grecs	4.83 (2.17)	4.80 (2.34)	4.50 (2.44)	5.00 (2.04)	4.62 (1.89)	4.38 (1.59)	4.36 (2.50)	4.80 (1.82)	0.929

Tableau 7.14c Différences dans le degré d'approbation des participants de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au sexe du séropositif, à l'origine ethnique de celui-ci et au 3^{ème} facteur qui ont résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale Sexe PLS * Origine ethnique PLS * 3 ^{ème} Facteur								P
	Homme * Grec * F<0	Homme * Grec * F>=0	Homme * Etranger * F<0	Homme * Etranger * F>=0	Femme * Grecque * F<0	Femme * Grecque * F>=0	Femme * Etrangère * F<0	Femme * Etrangère * F>=0	
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>									
Conditions de vie	1.73 (1.58)	3.75 (2.01)	2.93 (2.37)	3.57 (1.65)	3.37 (1.95)	2.50 (1.51)	3.12 (2.23)	3.00 (1.94)	0.166
Fait aléatoire	3.27 (2.09)	3.42 (1.93)	4.20 (2.24)	4.00 (2.22)	3.16 (1.80)	4.20 (1.93)	2.76 (2.02)	4.00 (1.58)	0.729
Punition	1.40 (0.91)	1.67 (1.23)	1.53 (1.60)	2.00 (1.30)	1.53 (1.43)	1.60 (0.97)	2.13 (2.16)	1.89 (1.54)	0.659
Pas de dangerosité	5.07 (2.43)	5.00 (2.09)	4.47 (2.77)	4.64 (1.78)	5.78 (1.56)	5.90 (1.29)	4.88 (2.09)	5.44 (1.24)	0.901
Echange de poignée de main	6.53 (1.55)	5.92 (1.56)	6.47 (1.13)	5.36 (1.95)	6.42 (1.17)	6.40 (1.35)	6.35 (1.22)	5.33 (1.66)	0.655
Nourriture	5.67 (1.76)	4.67 (2.15)	5.47 (2.17)	3.43 (2.06)	5.42 (1.54)	5.40 (1.84)	5.24 (2.02)	4.44 (1.67)	0.858
Prêt de vêtements	5.20 (2.14)	4.08 (1.78)	5.20 (2.46)	3.14 (2.14)	5.42 (2.19)	5.00 (2.11)	5.41 (2.09)	4.22 (1.39)	0.917
Cohabitation	4.53 (2.33)	3.42 (1.98)	4.33 (2.41)	2.71 (1.77)	3.95 (1.93)	3.80 (2.30)	4.00 (2.26)	3.56 (1.42)	0.901
Ignorance des modes de transmission	2.87 (2.23)	3.08 (1.51)	3.60 (2.35)	3.57 (2.17)	3.26 (2.05)	3.90 (1.73)	3.12 (1.93)	4.00 (1.32)	0.754
Responsabilité personnelle	4.80 (1.93)	4.58 (1.98)	4.47 (2.26)	3.93 (1.82)	4.74 (1.56)	4.30 (2.11)	5.00 (1.70)	4.67 (1.58)	0.772
Fatalité	1.47 (1.30)	2.67 (1.37)	1.67 (1.54)	3.50 (1.56)	1.63 (1.16)	1.80 (1.48)	1.82 (1.59)	2.33 (1.58)	0.796
Mode de vie	3.67 (2.16)	4.42 (2.11)	4.07 (2.19)	4.36 (1.22)	4.00 (1.80)	3.10 (1.66)	3.65 (2.12)	3.78 (1.30)	0.316
L'unique responsable	3.00 (2.24)	3.08 (1.93)	2.00 (1.96)	3.00 (1.96)	3.37 (2.24)	2.40 (2.22)	2.24 (1.48)	2.44 (1.33)	0.316
Hospitalisation à domicile	6.07 (1.28)	5.58 (1.31)	6.27 (1.53)	5.14 (1.92)	6.05 (1.61)	6.10 (1.20)	5.29 (1.93)	5.33 (1.87)	0.618

Retraite	6.07 (1.07)	5.42 (1.51)	6.47 (1.06)	5.29 (1.54)	6.11 (1.52)	5.44 (1.67)	4.94 (1.98)	4.89 (2.15)	0.365
Carnet d'assurance	4.29 (2.33)	4.33 (2.06)	5.13 (2.29)	4.79 (1.85)	4.42 (2.01)	4.00 (2.49)	4.47 (2.27)	4.33 (2.29)	0.693
Livret de santé	6.40 (1.06)	6.25 (1.06)	5.60 (2.03)	5.93 (1.44)	5.79 (2.02)	6.30 (0.95)	5.12 (2.09)	6.22 (0.67)	0.927
Carte d'identité	1.93 (1.91)	2.25 (1.96)	1.87 (1.68)	3.29 (1.90)	1.74 (1.56)	1.40 (0.97)	2.00 (1.73)	3.22 (2.11)	0.739
Le bouche-à-bouche	4.53 (2.36)	3.58 (2.07)	4.40 (2.35)	3.36 (1.78)	4.05 (2.25)	4.20 (2.30)	4.82 (2.24)	4.00 (1.87)	0.608
Confiance en tant que gardien	4.14 (2.03)	4.17 (1.53)	4.60 (2.32)	3.86 (1.70)	3.42 (1.98)	3.30 (2.00)	4.47 (1.81)	3.67 (1.50)	0.955
Même lieu de travail	6.20 (1.37)	6.17 (1.19)	6.07 (1.44)	5.36 (1.74)	6.21 (1.40)	5.90 (0.99)	5.94 (1.34)	6.22 (0.67)	0.231
Image globale	5.20 (1.08)	4.83 (0.94)	5.87 (0.92)	4.36 (0.93)	4.89 (0.83)	5.00 (0.94)	5.12 (1.22)	4.56 (1.59)	0.570
Même risque pour vous	4.80 (2.68)	4.33 (2.42)	5.33 (2.47)	4.00 (1.84)	3.58 (1.98)	3.90 (2.08)	4.00 (2.18)	4.89 (2.32)	0.417
Même risque pour vos amis	4.93 (2.52)	4.17 (2.29)	5.27 (2.46)	4.43 (1.55)	4.21 (1.81)	4.10 (1.91)	4.29 (2.17)	5.00 (2.00)	0.593
Même risque pour les Grecs	4.93 (2.49)	4.67 (1.92)	5.20 (2.43)	4.29 (1.94)	4.68 (1.49)	4.10 (2.08)	4.59 (2.09)	4.67 (2.24)	0.423

Tableau 7.14d Différences dans le degré d'approbation des participants de la 2^{ème} manipulation expérimentale, conformément au sexe du séropositif, à l'origine ethnique de celui-ci et au 4^{ème} facteur qui ont résulté de l'analyse sur les composantes principales.

	2 ^{ème} Manipulation expérimentale Sexe PLS * Origine ethnique PLS * 4 ^{ème} Facteur								
	Homme * Grec * F<0	Homme * Grec * F>=0	Homme * Etranger * F<0	Homme * Etranger * F>=0	Femme * Grecque * F<0	Femme * Grecque * F>=0	Femme * Etrangère * F<0	Femme * Etrangère * F>=0	P
	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	m (SD)	
<i>Questions</i>									
Conditions de vie	2.31 (1.80)	2.93 (2.23)	3.35 (1.77)	3.08 (2.47)	3.13 (1.75)	3.00 (2.00)	1.43 (0.53)	3.68 (2.14)	0.038
Fait aléatoire	3.08 (1.98)	3.57 (2.03)	4.47 (1.91)	3.58 (2.54)	3.38 (1.78)	3.69 (2.06)	3.43 (2.37)	3.11 (1.82)	0.644
Punition	1.69 (1.18)	1.36 (0.93)	2.00 (1.70)	1.42 (1.00)	1.75 (1.61)	1.31 (0.63)	2.29 (2.36)	1.94 (1.80)	0.763
Pas de dangerosité	4.46 (2.18)	5.57 (2.24)	4.59 (2.21)	4.50 (2.54)	5.60 (1.35)	6.08 (1.55)	4.29 (1.80)	5.37 (1.80)	0.256
Echange de poignée de main	5.85 (2.03)	6.64 (0.84)	5.53 (1.70)	6.50 (1.45)	6.13 (1.50)	6.77 (0.60)	5.57 (1.62)	6.16 (1.38)	0.840
Nourriture	5.00 (1.96)	5.43 (2.03)	4.12 (2.39)	5.00 (2.22)	5.31 (1.82)	5.54 (1.39)	4.57 (1.51)	5.11 (2.05)	0.926
Prêt de vêtements	4.31 (2.02)	5.07 (2.06)	4.00 (2.52)	4.50 (2.54)	5.00 (2.31)	5.62 (1.94)	4.71 (1.60)	5.11 (2.08)	0.982
Cohabitation	3.54 (2.11)	4.50 (2.28)	3.41 (2.35)	3.75 (2.18)	3.88 (2.13)	3.92 (1.98)	3.57 (1.81)	3.95 (2.09)	0.576
Ignorance des modes de transmission	3.08 (2.25)	2.86 (1.61)	3.59 (2.09)	3.58 (2.50)	3.38 (2.22)	3.62 (1.61)	3.00 (1.41)	3.58 (1.89)	0.938
Responsabilité personnelle	4.54 (1.94)	4.86 (1.96)	3.65 (1.87)	5.00 (2.09)	4.81 (1.60)	4.31 (1.93)	5.29 (1.60)	4.74 (1.66)	0.459
Fatalité	2.00 (1.29)	2.00 (1.62)	2.88 (1.90)	2.08 (1.56)	1.81 (1.47)	1.54 (0.97)	2.14 (2.19)	1.95 (1.35)	0.473
Mode de vie	4.77 (1.92)	3.29 (2.13)	4.18 (1.59)	4.25 (2.05)	3.81 (1.68)	3.54 (1.94)	3.14 (1.68)	3.89 (1.91)	0.720
L'unique responsable	3.62 (2.29)	2.50 (1.74)	2.65 (2.15)	2.25 (1.82)	2.63 (1.86)	3.54 (2.63)	2.14 (1.21)	2.37 (1.50)	0.367
Hospitalisation à domicile	5.69 (1.55)	6.00 (1.04)	5.47 (1.84)	6.08 (1.73)	6.13 (1.59)	6.00 (1.35)	4.71 (1.98)	5.53 (1.84)	0.625

Retraite	5.83 (1.11)	5.71 (1.49)	5.76 (1.39)	6.08 (1.51)	5.67 (1.76)	6.15 (1.34)	4.14 (2.04)	5.21 (1.96)	0.911
Carnet d'assurance	4.42 (2.35)	4.21 (2.08)	5.12 (2.12)	4.75 (2.05)	4.69 (2.02)	3.77 (2.28)	4.57 (2.51)	4.37 (2.19)	0.612
Livret de santé	6.46 (1.20)	6.21 (0.89)	5.65 (1.84)	5.92 (1.68)	6.38 (1.20)	5.46 (2.15)	6.29 (1.11)	5.21 (1.93)	0.593
Carte d'identité	2.62 (2.53)	1.57 (0.85)	2.82 (1.98)	2.17 (1.80)	1.69 (1.62)	1.54 (1.05)	4.00 (2.38)	1.84 (1.38)	0.082
Le bouche-à-bouche	3.92 (1.89)	4.29 (2.58)	3.94 (1.92)	3.83 (2.48)	3.69 (2.15)	4.62 (2.29)	4.29 (1.89)	4.63 (2.24)	0.949
Confiance en tant que gardien	3.85 (1.91)	4.46 (1.66)	3.71 (1.96)	5.00 (2.00)	3.69 (2.24)	3.00 (1.53)	3.29 (2.14)	4.53 (1.47)	0.399
Même lieu de travail	5.77 (1.64)	6.57 (0.65)	5.53 (1.66)	6.00 (1.54)	5.94 (1.57)	6.31 (0.75)	5.71 (1.25)	6.16 (1.12)	0.702
Image globale	4.92 (1.04)	5.14 (1.03)	4.94 (1.03)	5.42 (1.38)	4.81 (0.66)	5.08 (1.08)	5.57 (1.13)	4.68 (1.38)	0.112
Même risque pour vous	5.15 (2.54)	4.07 (2.50)	5.06 (2.16)	4.17 (2.37)	3.81 (1.80)	3.54 (2.26)	4.43 (2.57)	4.26 (2.16)	0.964
Même risque pour vos amis	4.92 (2.50)	4.29 (2.37)	5.18 (1.94)	4.42 (2.27)	4.19 (1.68)	4.15 (2.03)	4.71 (2.63)	4.47 (1.95)	0.960
Même risque pour les Grecs	5.31 (2.21)	4.36 (2.21)	4.94 (2.11)	4.50 (2.43)	4.56 (1.41)	4.38 (2.06)	4.86 (2.67)	4.53 (1.93)	0.689
