

| | |
|---------------------|--|
| Zeitschrift: | Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology |
| Herausgeber: | Schweizerische Gesellschaft für Soziologie |
| Band: | 28 (2002) |
| Heft: | 3 |
| Artikel: | Risques et incertitude : stratégies de familles suisses face à la crise de la vache folle |
| Autor: | Burton-Jeangros, Claudine |
| DOI: | https://doi.org/10.5169/seals-814413 |

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 19.02.2026

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

Risques et incertitude : Stratégies de familles suisses face à la crise de la vache folle

Claudine Burton-Jeangros*

1 Introduction

La crise de la vache folle, qui a éclaté en 1996, est venue confirmer l'incertitude du monde moderne. Dans le prolongement des doutes générés par Tchernobyl, Bhopal, l'affaire du sang contaminé pour ne citer que quelques exemples, l'émergence d'une telle menace aux contours flous contribue à la mise en cause des progrès technologiques et confirme que la sécurité de nos comportements quotidiens ne va plus de soi. En dépit des mesures prises au niveau de la production de viande, nombre d'incertitudes persistent quant aux conséquences sur la santé humaine de l'épidémie d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB)¹ et nous nous intéressons ici aux logiques construites par les membres du public pour faire face à cette situation².

Notre propos inscrit la problématique de la crise de la vache folle au carrefour de la sociologie du risque et de la sociologie de la santé. D'un côté, cette crise peut être analysée dans le cadre des réflexions proposées autour de l'idée d'une société du risque, issue du processus de modernisation et caractérisée par l'émergence de risques nouveaux aux conséquences incertaines. De l'autre côté, cette situation peut être examinée dans le contexte des travaux s'intéressant aux conceptions sociales de la santé et de la maladie auxquelles il nous semble important d'adoindre les conceptions sociales du risque qui s'avèrent divergentes des évaluations épidémiologiques des risques associés aux comportements adoptés dans la vie quotidienne.

* Département de sociologie, Université de Genève, 102, bd Carl-Vogt, 1211 Genève 4
E-Mail: claudine.jeangros@socio.unige.ch.

1 Le 20 mars 1996, le ministre britannique de la santé annonce l'identification d'une nouvelle forme de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (une maladie connue depuis 1920, dont l'incidence est estimée à 1 cas sur 1 million d'habitants, se déclarant habituellement chez des personnes de plus de 55 ans). Il est supposé que cette nouvelle variante (nv-MCJ), qui se distingue par le fait qu'elle touche des personnes jeunes (âge moyen : 26,3 ans), est liée à une exposition à un agent d'encéphalopathie spongiforme bovine. Si actuellement ce lien est scientifiquement admis, on ne sait pas encore avec précision par quels moyens les prions (l'agent de transmission) passent de l'animal à l'humain.

2 Les analyses proposées dans cet article sont issues d'une thèse de doctorat en sociologie (Claudine Burton-Jeangros, 2001).

La sociologie du risque est un champ d'étude qui s'est progressivement constitué à partir des années 1980 (voir Lupton, 1999 par exemple). Alors que la problématique du danger et de l'incertitude n'est pas nouvelle puisque toutes les sociétés ont toujours été amenées à faire face à des aléas d'ampleur et d'origine diverses, le passage à la modernité se caractérise par une capacité croissante à maîtriser les risques. En effet, grâce au calcul des probabilités et à la récolte systématique de données statistiques, la prévision a progressivement remplacé la passivité face au futur (Bernstein, 1996). Cette rationalisation croissante du rapport de l'humain à son environnement et aux autres se traduit notamment par l'essor des systèmes d'assurances, qui, en remplaçant la notion de faute par celle de risque, garantissent le dédommagement des victimes et rendent les individus solidaires face aux aléas (Ewald, 1986). Dès lors que l'analyse des récurrences et régularités permet d'attribuer des causes à l'accident ou à la catastrophe, il devient envisageable de réduire, voire éliminer les risques à travers des formes de prévention fondées sur l'expertise scientifique : « *Le rêve sécuritaire du XXe siècle est lié à cette utopie d'une science capable de toujours mieux maîtriser les risques* » (Ewald, 1996, 393).

Cependant, dès la deuxième moitié du 20^e siècle, la notion de risque est devenue problématique en raison de développements technologiques ayant abouti à de nouvelles formes de risques dont les conséquences ne peuvent être précisément déterminées, tant en raison de leur échelle (spatiale et temporelle) que de leur incertitude (limites du calcul de probabilités face à des événements rares et catastrophiques). Face au débat social suscité par l'énergie nucléaire, des chercheurs se sont proposés de mettre en évidence l'irrationalité et l'émotivité du public, que ce soit par la mise en perspective des coûts et bénéfices relatifs à différentes activités humaines qui démontre, en termes de mortalité, la relative innocuité du nucléaire (Starr, 1969), ou par la mise en évidence de décalages entre les estimations scientifiques et les évaluations faites par des profanes (Slovic, 2000³). Ce dernier type de travaux, connus sous le nom de paradigme psychométrique, attribue ces différences à des erreurs cognitives systématiques de la part des membres du public et montrent que leurs réactions sont influencées par les caractéristiques des risques, où la distinction entre risque technologique (nouveau et involontaire) et risque familier d'une part, et le critère de la peur inspirée par une menace d'autre part affectent le plus clairement les jugements profanes.

D'un point de vue sociologique, les enjeux prenant place autour de la gestion des risques modernes dépassent toutefois clairement une question de capacité à appréhender les probabilités statistiques. Douglas (1985) introduit une dimension sociale dans l'analyse en s'intéressant à la question de l'acceptabilité des risques : cet auteur suggère que la culture fonctionne comme un filtre servant à la fois à sélectionner les risques et dangers jugés dignes d'attention par une commu-

3 Cet ouvrage de synthèse regroupe l'ensemble des travaux réalisés par Slovic et ses collaborateurs depuis 1974.

nauté et également à déterminer les solutions acceptables. En postulant que le pouvoir et le statut des acteurs sociaux influencent la manière dont ceux-ci appréhendent les aléas, elle suggère qu'il existe des visions divergentes des risques, ce qui revient à dire que ceux-ci sont, au-delà de leur dimension objective, socialement construits.

La question des risques contemporains est par ailleurs examinée dans le contexte des transformations de l'ordre social au cours du processus de modernisation (Beck, [1986] 2001). D'un côté, l'interdépendance croissante entre acteurs sociaux, liée à l'importante division du travail caractéristique du système social contemporain, accroît la vulnérabilité puisque le bien-être individuel dépend d'un nombre important d'autres personnes (Freudenburg, 1993). En même temps, le phénomène de désenclavement (*disembedding*) des relations sociales – soit le fait qu'elles sont détachées de contextes locaux – décrit par Giddens (1990) implique que cette interdépendance repose sur des systèmes abstraits, notamment des systèmes experts. Or, la confiance nécessaire au bon fonctionnement des parties d'un tel système est aujourd'hui de plus en plus mise à mal, par l'émergence de risques nouveaux et de crises non adéquatement anticipées. Ce scepticisme croissant du public prend place au sein d'un phénomène d'individualisation qui signifie que tout individu, fort conscient des aléas divers et contradictoires auxquels il est quotidiennement exposé, est obligé d'élaborer des certitudes par et pour lui-même (Beck, 1994 et 1996).

La perspective que nous avons adoptée dans la recherche présentée ici s'inscrit par ailleurs dans le cadre de la sociologie de la santé et plus spécifiquement de la transformation des relations entre profanes et experts. A ses origines, cette discipline s'est surtout intéressée aux dimensions sociales des relations entre soignants et soignés (Parsons, 1951) et ce n'est que progressivement qu'elle a considéré que les conceptions de la santé et de la maladie existant au sein du public pouvaient s'écartez des définitions scientifiques et médicales de ces entités. En effet, suite aux travaux anthropologiques mettant d'abord en évidence les décalages, et surtout les carences des sociétés traditionnelles ou « exotiques » par rapport à une norme occidentale et scientifique, il a ultérieurement été considéré que les savoirs et pratiques des cultures différentes de la nôtre avaient une valeur et une cohérence en soi. En transposant ce même raisonnement à notre contexte, il a dès lors été possible de considérer qu'il existe des conceptions différentes, potentiellement contradictoires, de la santé, de la maladie et des risques entre professionnels de la santé et membres du public (Stainton Rogers, 1991; Bury, 1997). Depuis les années 1970, on trouve des travaux examinant ces conceptions profanes dans le contexte des sociétés industrialisées (Herzlich, [1969] 1992; Backett, 1992a et 1992b; Calnan, 1987 ; Williams, 1983; Crawford, 1984). De manière générale, ils n'ont toutefois que peu pris en considération les représentations élaborées autour des risques.

Dans notre contexte socio-culturel, les risques épidémiologiques ont acquis une force normative au sens où, par le biais de la santé publique, les instances étatiques considèrent légitime qu'ils orientent les choix de vie individuels en vue de réduire la mortalité et la morbidité au sein de la population. En effet, nombre de campagnes d'éducation à la santé, notamment dans le domaine des maladies cardio-vasculaires, du cancer ou encore du sida, sont fondées sur une telle définition probabiliste des aléas. Or ces interventions ne parviennent pas nécessairement à réduire les comportements à risque au sein de la population. Dans une perspective théorique de construction sociale du risque, il nous a par conséquent semblé nécessaire de mieux connaître les conceptions élaborées par les profanes autour de risques mettant en péril leur santé. Il nous importe notamment de mettre en cause l'idée selon laquelle les membres du public persistent à prendre des risques parce qu'ils sont ignorants (*ie* ne sont pas informés) et/ou irrationnels (*ie* ne savent pas traduire une probabilité en une action efficace de prévention).

Notre recherche s'est intéressée à plusieurs types de situations présentant des risques, la comparaison entre diverses situations nous semblant contribuer à la compréhension des phénomènes observés⁴. Dans le cadre de cet article, nous allons faire porter l'accent sur les risques associés à la crise de la vache folle dans la mesure où il semble particulièrement intéressant de montrer comment les membres du public parviennent à construire du sens et des stratégies face à un risque « virtuel », typique de la situation d'incertitude et de réflexivité dans laquelle ils se trouvent. Rappelons que la Suisse a été particulièrement touchée par la crise de la vache folle puisque l'incidence d'encéphalopathies spongiformes bovines y a été parmi les plus élevées d'Europe⁵. Les médias ont largement relayé les épisodes de cette crise et ont donc alerté les citoyens des risques éventuels. On pourrait donc s'attendre à ce que l'incertitude entourant cette crise, mais également le caractère collectif et imposé des risques qu'elle représente conduisent les membres du public à juger la menace individuelle comme sérieuse.

4 Ainsi nous nous sommes notamment intéressée aux risques suivants : nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, sida, radiations nucléaires, obésité, dépression nerveuse, crise cardiaque, cancer du poumon, cancer du sein, accidents de la route, anorexie et abus sexuels envers les enfants. Cette sélection visait à étudier des risques se distinguant sur différents paramètres (degré d'objectivité, importance probabiliste, capacité de contrôle individuel, ampleur des conséquences, ...); par ailleurs la pertinence de ces situations pour la population interrogée a été évaluée au cours d'entretiens exploratoires.

5 En Grande-Bretagne, on a recensé plus de 180'000 cas d'encéphalites spongiformes chez les bovins, en Suisse 416 cas. L'Irlande, la France et le Portugal comptent à ce jour chacun entre 500 et 1000 cas cumulés, mais ils ont été identifiés plus récemment (qu'en Suisse), soit depuis que l'on teste plus systématiquement le bétail (http://www.oie.int/eng/info/en_esb.htm).

2 Méthodes

L'étude a été menée auprès de mères de jeunes enfants car on sait qu'elles jouent un rôle central dans la gestion de la santé du groupe familial (Cresson, 1995; Blaxter et Paterson, 1982) : non seulement elles identifient et soignent les maladies, mais elles sont également responsables des pratiques de prévention et de l'apprentissage des valeurs associées à la santé. Par conséquent, on peut considérer que les mères sont amenées à élaborer des savoirs et à établir des normes en matière de risques dans diverses sphères touchant la santé. En même temps, l'existence de tensions entre savoirs professionnels et savoirs familiaux (Schultheis et Luscher, 1987; Cardia-Vonèche et Bastard, 1995) est révélatrice d'attentes contradictoires et par conséquent de rapports aux risques potentiellement divergents.

La population est constituée par les femmes qui, en 1999, avaient un enfant de nationalité suisse fréquentant le 2e degré primaire du système scolaire public dans le canton de Genève (soit âgé de 7–8 ans).⁶ Un questionnaire standardisé leur a été soumis par poste en mai 1999 et le taux de réponses s'est élevé à 54% ($n = 1'295$). Les répondantes sont âgées entre 26 et 53 ans, 87% vivent en couple alors que 13% élèvent seule leur(s) enfant(s). Une comparaison entre l'ensemble de la population visée et les répondantes montre que celles-ci exerçaient plus souvent une activité en-dehors de la maison et tendaient à occuper des positions professionnelles plus élevées. Cependant les écarts sont limités et l'échantillon est suffisamment diversifié pour permettre des analyses différentielles selon les milieux sociaux. Des données qualitatives ont été obtenues par entretien en face-à-face et en groupe ($n = 47$), au cours de la préparation du questionnaire d'une part, de l'analyse des données quantitatives d'autre part.

L'étude des situations de crise est rendue problématique par la transformation constante de l'objet, règle à laquelle n'échappe pas la crise de la vache folle qui a connu nombre de rebondissements depuis 1996. Il est important de garder à l'esprit que les données présentées ici ont été récoltées entre 1998 et 2000, soit au cours d'une période de calme relatif, après la crise de 1996 et avant les remous de l'affaire en automne 2000, suscités notamment par l'identification de vaches folles dans des pays jusque-là épargnés, la prise de conscience de l'ampleur des décès au sein de la population anglaise, la présence de viande contaminée dans les circuits de commercialisation en France. Nous disposons d'indicateurs relatifs à différentes dimensions des conceptions des risques, soit (1) l'estimation du risque personnel de développer la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (nv-MCJ) (tant pour la femme interrogée que pour son enfant), (2) l'estimation du

⁶ Le choix de restreindre la population étudiée aux citoyens suisses correspond à un souci d'améliorer la validité de nos résultats : les études anthropologiques ont montré que les facteurs culturels jouent un rôle important dans la gestion de la santé (Currer et Stacey, 1993). Devant la grande diversité des cultures représentées dans le système scolaire genevois, la possibilité d'interpréter des différences dans les résultats selon ce critère semblait restreinte.

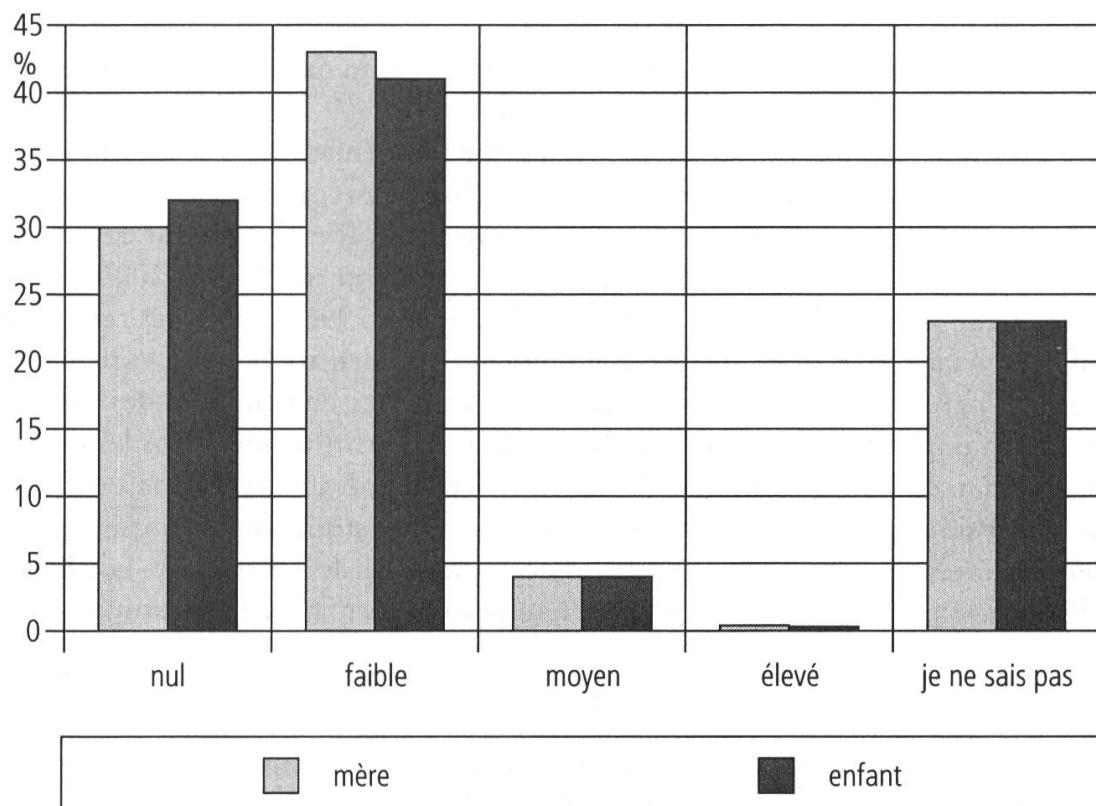
risque collectif (à savoir l'impact en termes de mortalité dans la population), (3) la peur éprouvée face au risque, (4) la satisfaction quant à son niveau personnel d'information. Nous avons par ailleurs évalué l'ampleur et la durée des mesures concrètes adoptées pour faire face à la crise de la vache folle, ainsi que leurs justifications. Suite à la présentation des résultats relatifs à ces deux aspects des rapports aux risques, nous présentons une typologie mettant en relation les conceptions et les pratiques des femmes interrogées.

3 Résultats

3.1 Conceptions des risques associés à la crise de la vache folle

Le risque de développer personnellement la maladie de Creutzfeldt-Jakob au cours des 10 prochaines années est jugé en moyenne comme faible par les femmes interrogées. Trente pour-cent des répondantes ont considéré que ce risque était nul pour elles-mêmes, 43% qu'il était faible et 5% qu'il était moyen ou élevé. En ce qui concerne leur enfant, les proportions sont très proches (voir Figure 1).

Figure 1 : Estimation du risque individuel de nv-MCJ au cours des 10 prochaines années



Cependant près d'un quart des répondantes ont, tant pour elles-mêmes que pour leur enfant, préféré ne pas se prononcer (c'est-à-dire ont indiqué « je ne sais pas »).

D'un côté, on peut être surpris par l'absence de différences entre les risques estimés pour la mère et ceux estimés pour l'enfant. En effet, les femmes que nous avons rencontrées ont fréquemment avancé l'idée que les risques étaient probablement plus élevés avant que la crise n'éclate :

... j'étais de la génération où on mangeait de la viande très souvent, enfin dans ma famille. Je me suis dit : ouaff je suis largement infectée, j'ai eu le temps de me réinfecter et tout et je me suis dit à quoi bon ? (EG-13, C')
... probablement le pire, la pire période pour l'alimentation des vaches a dû se passer dans les années 80 à 90... [...] Quand on a commencé à le savoir probablement que là, il y avait moins de risques déjà.
(EG-14, A)

Ceci aurait pu les conduire à se juger personnellement plus à risques que leurs enfants nés après 1990, soit postérieurement à la prise de mesures au niveau de la production de la viande.⁸ D'un autre côté, on peut suggérer qu'en l'absence de critères d'estimation des risques, les répondantes aient cherché à établir une cohérence en estimant le risque pour elles-mêmes et celui pour leur enfant comme étant d'ampleur similaire.

Par ailleurs, il faut relever que le risque n'est pour elles pas exclu puisqu'elles le jugent en majorité comme « faible » et non pas nul. Cette appréciation s'inscrit dans une propension générale à juger les risques comme étant de faible ampleur, laquelle s'observe pour les différentes situations porteuses de risques examinées dans l'étude. En effet, cela a été la réponse modale pour la très grande majorité des risques, tant en ce qui concerne la mère que son enfant (voir Tableau 1). Seul le risque d'attraper le sida pour la mère est considéré comme inférieur. A l'inverse, le cancer du sein pour la mère et les accidents de la route – tant pour la mère que pour son enfant – ont été les seuls aléas jugés en moyenne plus probables (réponse modale dans la catégorie « élevé »).

La proportion relativement importante de « je ne sais pas » pour la maladie de Creutzfeldt-Jakob rend compte de la difficulté à exprimer une évaluation du risque individuel. La variation, entre les différents risques étudiés, de l'ampleur des réponses « je ne sais pas » semble correspondre à une estimation du degré de contrôle individuel sur l'aléa (voir Tableau 1) : les situations suscitant moins de réponses « je ne sais pas » – soit l'obésité, le sida et la dépression nerveuse avec moins de 10% des réponses formulées en ces termes – sont plus sujettes au con-

7 « EG » fait référence à des entretiens de groupe ; « EI » renvoie à des entretiens individuels.

8 Cette année-là, ont été officiellement interdits en Suisse : l'exportation de bovins ou de viande bovine en provenance de Grande-Bretagne, l'utilisation d'organes à risques (moelle épinière, cervelle, yeux, thymus, ...) dans l'alimentation humaine, l'utilisation de farines animales dans l'alimentation des ruminants.

trôle individuel et dépendant – en tout cas partiellement – de comportements individuels. A l'autre extrême, cinq risques ont amené plus d'une répondante sur cinq à répondre « je ne sais pas »: il s'agit du cancer du sein, de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, des accidents de la route, des abus sexuels et des radiations nucléaires. Les prédictions seraient donc les plus difficiles à faire dans ces situations, pour des raisons cependant différentes. Il s'agirait pour les accidents de la route, les abus sexuels et les radiations nucléaires, de l'intervention d'éléments extérieurs au contrôle individuel; pour le cancer du sein et la maladie de Creutzfeldt-Jakob, de l'absence d'une étiologie scientifique solide.

Tableau 1 : Ampleur des risques individuels (en italique : catégorie modale de réponse)

| | nul | faible | moyen | élevé | « je ne sais pas » | total (n = 1'295) |
|------------------------------|-----|--------|-------|-------|--------------------|----------------------|
| <i>Risques pour la mère</i> | | | | | | |
| sida | 51% | 41% | 2% | 0.1% | 6% | 100% |
| maladie de Creutzfeldt-Jakob | 30% | 43% | 4% | 0.4% | 23% | 100% |
| radiations nucléaires | 23% | 34% | 10% | 2% | 32% | 100% |
| obésité | 27% | 42% | 25% | 4% | 2% | 100% |
| dépression nerveuse | 15% | 47% | 27% | 5% | 7% | 100% |
| crise cardiaque | 14% | 49% | 20% | 2% | 15% | 100% |
| cancer du poumon | 18% | 43% | 19% | 6% | 13% | 100% |
| accident de la route | 1% | 14% | 47% | 15% | 23% | 100% |
| cancer du sein | 4% | 32% | 36% | 7% | 21% | 100% |
| <i>Risques pour l'enfant</i> | | | | | | |
| obésité | 39% | 48% | 7% | 1% | 4% | 100% |
| anorexie | 33% | 45% | 6% | 0.3% | 16% | 100% |
| sida | 31% | 41% | 11% | 1% | 17% | 100% |
| maladie de Creutzfeldt-Jakob | 32% | 41% | 4% | 0.3% | 23% | 100% |
| abus sexuel | 11% | 42% | 17% | 3% | 28% | 100% |
| accident de la route | 1% | 15% | 45% | 15% | 24% | 100% |

Alors qu'à ce jour, aucun cas de nv-MCJ n'a été identifié en Suisse⁹, les mères que nous avons interrogées en 1999 savaient effectivement que le risque « objectif » – si on entend par là la mortalité avérée – en Suisse est très faible : 80% ont correctement indiqué que le nombre de décès attribuables à cette maladie est « inférieur à 10 » parmi les femmes âgées entre 15 et 64 ans, 90% ont choisi la même catégorie de réponse en ce qui concerne les décès parmi les enfants de 0 à

9 113 décès ont été attribués à la nv-MCJ en Grande-Bretagne (<http://www.cjd.ed.ac.uk/figures.htm>, mai 2002), 3 en France (<http://www.eurocjed.ac.uk/nvcjd.html>, 31 décembre 2001).

14 ans. En même temps, les deux tiers des répondantes avaient le sentiment de ne pas être suffisamment informées sur cette maladie; par contraste, largement plus des deux tiers d'entre elles étaient satisfaites de l'information dont elles disposaient sur les autres thèmes de santé évoqués. Parallèlement, les répondantes ont exprimé peu de craintes face à cette maladie : 71% n'en avaient que peu ou pas du tout peur, 22% assez peur et 7% très peur. Seule l'obésité fait globalement moins peur alors que tous les autres risques suscitent des craintes plus marquées, le cancer du sein, les accidents de la route et les abus sexuels étant les situations les plus redoutées.

Venant de constater que ce risque – même s'il est jugé faible – est bel et bien attesté tant pour les mères que pour leurs enfants, on peut être surpris de ces faibles sentiments de peur face à la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Interrogées sur cet apparent paradoxe, les femmes rencontrées en face-à-face, au cours de l'analyse des données quantitatives, ont à plusieurs reprises évoqué le fait que la maladie reste abstraite, puisqu'elle n'a pas encore causé de décès en Suisse :

Je pense aussi que, enfin je sais pas, mais personne quasiment personne n'en a eu autour de soi [...] Ça en tout cas, ça a une influence je pense le fait qu'au cours de toute son existence, on n'a jamais croisé une personne qui a eu ça [la maladie de Creutzfeldt-Jakob], ou qui en est mort ou malade. Donc on se dit qu'on est très loin peut-être de ça. (EG-10, A)
Oui mais alors si ça fait pas peur, c'est peut-être parce qu'il y a pas encore eu de morts ? [...] On attend peut-être qu'il y ait une épidémie pour que ça fasse peur. (EG-11, C)

Cette idée est aussi évoquée par Peretti-Watel (2001) qui, dans le titre d'une contribution consacrée à la crise de la vache folle, se demande s'il s'agit d'une « épidémie fantôme ». On rejoue ici la distinction évoquée par Kellerhals et al. (2000) entre risques concrets et risques abstraits; ces auteurs suggèrent que cette opposition pourrait être associée à la capacité à se représenter les conséquences d'une menace : lorsque celles-ci sont très concrètes, le risque serait jugé comme plus important.

Ces différentes dimensions des conceptions s'articulent les unes par rapport aux autres. En effet, les femmes qui ont plus peur de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, celles qui pensent qu'il y a eu des décès au sein de la population, ainsi que celles qui ne se sentent pas suffisamment informées considèrent – de manière statistiquement significative¹⁰ – que leur risque individuel de développer cette maladie est plus important. La peur est un peu plus typique des mères ayant un

10 Coefficients de corrélation entre l'ampleur du risque individuel nv-MCJ pour la mère et : la peur (V de Cramer : 0,26***), l'estimation du nombre de décès chez les femmes adultes (V de Cramer 0,12***), le niveau d'information (V de Cramer : 0,10*). Les astérisques indiquent les relations statistiquement significatives au seuil : *** p < 0,000, ** p < 0,01, * p < 0,05.

niveau de formation inférieur, en revanche le sentiment d'être suffisamment informée est plus fréquent dans le haut de la hiérarchie sociale.¹¹ Cependant l'ampleur du risque individuel (pour la mère et l'enfant) n'est pas significativement influencée par la position sociale.

Le fait que la gradation sociale de la peur soit plus marquée que la gradation sociale de l'ampleur du risque individuel pourrait provenir du fait que le concept de risque est plus abstrait que celui de la peur, ce dernier pourrait par conséquent être plus 'parlant' pour les membres du public. Les représentations différencielles des risques constatées dans nos données opposent donc : d'un côté des femmes placées en haut de la hiérarchie sociale, qui expriment moins de craintes et se jugent mieux informées, ce qui suggère l'existence chez elles d'un sentiment de maîtrise, de capacité à s'orienter face à un environnement porteur de menaces; de l'autre côté, des mères situées dans des positions sociales moins favorables, se caractérisant par la peur et le sentiment de ne pas en savoir assez, ce qui les fait apparaître comme plus démunies face à des dangers émanant d'un monde sur lequel elles ont de manière générale peu de pouvoir.

De manière générale, par contraste au discours alarmiste des médias, les raisonnements profanes tendent, sans toutefois exclure le risque, à en relativiser l'ampleur. Nos données empiriques infirment l'hypothèse selon laquelle les membres du public sur-estimeraient les risques globaux et incertains – dont la crise de la vache folle constitue un exemple évident – alors qu'ils jugeraient les risques de la vie quotidienne – notamment les accidents de la route – comme acceptables. Nos résultats évoquent plutôt l'existence d'un mécanisme de relativisation des risques, qui a été constaté dans d'autres travaux (Duclos, 1987; Hunt, 1995). Les psychologues parlent à cet égard d'un biais d'optimisme irréaliste qui conduit les individus à se juger systématiquement moins vulnérables que leurs pairs (Weinstein, 1982). Dans une perspective anthropologique, Douglas (1985) parle d'un « sentiment d'immunité subjective » qui correspondrait à un besoin vital de rendre le monde immédiat plus sûr, moins dangereux qu'il ne l'est en réalité. Alors que sur le plan des représentations, les membres du public ont construit l'image d'un risque « relatif », notamment parce que la catastrophe annoncée ne s'est pas matérialisée, qu'en est-il de leurs réactions sur le plan pratique ?

3.2 Impact de la crise de la vache folle sur les pratiques alimentaires

Alors que la crise de la vache folle a suscité un large débat social, il n'y a pas eu de claire injonction de la part des instances de l'Etat à se protéger au niveau individuel, puisque les mesures prises au niveau de la production de la viande devaient assurer la protection de la santé des consommateurs. Nos données révèlent cepen-

¹¹ Coefficients de corrélation entre le niveau de formation de la mère et : le sentiment de peur (V de Cramer : 0,10**), le sentiment d'être suffisamment informée (V de Cramer : 0,21***).

dant que les individus ont dans leur majorité pris des mesures alimentaires en réaction à la crise de la vache folle. Les deux tiers des répondantes ont en effet déclaré avoir changé quelque chose en 1996 : parmi elles, la majorité (65%) avaient maintenu ces changements au moment de l'enquête, soit au printemps 1999 (voir Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des répondantes selon leurs réactions face à la crise de la vache folle

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|----------------------------------|
| ensemble des répondantes (n = 1'295, 100%) | | | |
| ont pris des mesures à cause de la crise de la vache folle (n = 836, 65%) | | n'ont pris aucune mesure à cause de la crise de la vache folle (n = 458, 35%) | |
| mesures temporaires (n = 289, 23%) | mesures permanentes (n = 528, 41%) | pas exposée (n = 180, 14%) | pas nécessaire (n = 278, 21%) |

Elles sont prioritairement intervenues au niveau de la consommation de viande et d'abats de bœuf ou de veau, mais un tiers avait également changé leur utilisation de produits dérivés¹² (voir Tableau 3). Les abats ont plus souvent été totalement éliminés, alors que la consommation de viande et celle de produits dérivés ont plus fréquemment été réduites seulement. Les changements ont été les plus durables chez les femmes qui ont modifié – éliminé ou réduit – leur consommation de produits dérivés (voir Tableau 3). Au cours des entretiens, on a pu constater que ces choix correspondent à une évaluation différenciée des risques relatifs de contamination :

En tous cas pour les produits dérivés, moi, il y a beaucoup de choses que j'ai enlevées de l'alimentation, dont je ne me sers plus. Parce qu'en plus, j'ai l'impression qu'il y en a plus dans les produits dérivés que dans la viande elle-même, parce que les produits dérivés sont faits à la base à partir de moelle... donc j'ai vraiment enlevé tout ça plus, j'ai plus réduit les produits dérivés que la viande en fait elle-même. (EG-13, A)

12 Soit les flans, bouillons, bonbons et autres produits contenant de la gélatine d'origine animale, *i.e.* produite à partir de bœuf.

Tableau 3 : Types de changements parmi les mères ayant pris des mesures face à la crise de la vache folle

| | (% total, n = 836) | changements temporaires | changements définitifs | V de Cramer |
|-------------------------------------|--------------------|-------------------------|------------------------|-------------|
| Changements par rapport à la viande | | | | |
| aux abats | (77%) | 82% | 75% | 0.08* |
| aux produits dérivés | (75%) | 70% | 79% | 0.11** |
| | (33%) | 23% | 39% | 0.17*** |

Par ailleurs, des stratégies de réduction des risques ont été adoptées par le biais de nouvelles règles relatives :

(1) au mode de cuisson de la viande :

Nous on a continué à en manger, j'y ai pensé... chaque fois que je cuisais du boeuf à le cuire un petit peu plus [...] Le steak tartare j'adorais ça, maintenant je peux plus, c'est psychologique aussi. » (EG-01, A)

« Les steaks hachés... ça c'est resté, par exemple mes enfants qui aiment bien les steaks hachés, on va aller au restaurant, machin truc, c'est pas très cuit, c'est mal cuit, comme ça, je renvoie tout, retour cuisine, je suis vraiment... casse-pieds avec ça. (EI-08)

(2) aux sources d'approvisionnement :

C'est vrai qu'à un moment donné j'en [la viande de bœuf] ai plus acheté du tout. Quand j'ai recommencé à en acheter, ma façon à moi de faire attention, c'est effectivement d'aller chez le boucher, de lui demander, de parler de ce genre de chose... (EI-08)

J'ai l'impression qu'on a un petit peu plus ciblé sur les provenances : quelles parties de viande... à ne pas consommer. Je ne sais pas si c'est vraiment... Ouais, les abats, ce genre de choses ... [...] Moi j'ai l'impression que les gens qui allaient plus volontiers chez le petit boucher du coin... ils continuaient plus volontiers que ceux qui allaient dans les grandes surfaces... (EI-06)

Les mères qui ont changé leurs pratiques alimentaires ont d'abord justifié cette décision par la volonté d'éliminer les risques pour la santé de la famille (74% de celles qui ont changé). La moitié a indiqué que c'est parce qu'on ne savait pas s'il y avait des risques ou pas (50%). La préoccupation plus collective de boycott – pour revenir à des techniques de production plus traditionnelles – est quant à elle marginale (9%).

Celles qui n'avaient pris des mesures que de manière temporaire (n = 289, 23% du collectif) sont revenues à leurs anciennes habitudes en moyenne treize

mois après la crise. Elles l'ont d'abord fait parce qu'il a été établi que les risques sont très faibles (52%), ensuite par envie de manger de la viande (43%) et parce que les informations étaient plus précises (36%). Seule une faible minorité a justifié ce retour à la normale par le fait que les risques avaient été éliminés (8%). Par conséquent, il semblerait que le doute persiste bel et bien pour la majorité de ces femmes. L'envie de manger de la viande a été plus mentionnée par les répondantes qui ont déclaré avoir pris des mesures « parce qu'on ne savait pas s'il y avait des risques ». Ce seraient donc des mères qui, alarmées par la crise et les incertitudes, ont effectivement pris des mesures. L'absence de confirmation scientifique des risques de nv-MCJ a cependant rendu légitime un relâchement de leur vigilance individuelle. Pour justifier leur absence de rigueur au cours du temps, elles ont aussi eu recours à des raisons pragmatiques qui restreignent leur capacité à maîtriser les risques au niveau individuel, plus particulièrement en ce qui concerne l'alimentation des enfants :

C'est que je trouve difficile aussi d'éliminer complètement un aliment... c'est par rapport aux enfants, il leur arrive de manger à la cantine scolaire, ils sont parfois invités ou bien ils vont manger avec quelqu'un au Macdo enfin etc. En étant très rigoureux à la maison, je ne peux pas surveiller en fait, j'ai pas de main-mise sur ce qu'ils font à l'extérieur. (EG-13, D)
... depuis qu'on en entend parler [de la maladie de Creutzfeldt-Jakob], on essaie d'éviter le bœuf, enfin surtout les abats et tout ça. Mais si on mange à l'extérieur ou dans des produits tout préparés, on sait jamais ce qu'ils ont mis : de la moelle de boeuf ou ... même il y a les plats en gelée et tout ça. Surtout quand on ne peut plus contrôler ce que mangent les enfants, s'ils mangent chez des amis ou à la cantine scolaire. (EG-11, A)

Celles qui avaient, au moment de l'enquête, maintenu les changements ($n = 528$, 41% du collectif) l'ont d'abord justifié par le fait qu'elles avaient pris de nouvelles habitudes qui leur convenaient (55%), ensuite parce qu'elles n'avaient pas confiance dans les mesures prises (51%) et enfin, de manière moins prononcée, parce que les risques étaient encore élevés (31%). Les femmes qui avaient motivé leurs pratiques par la volonté d'éliminer les risques pour la santé de leur famille ont plus souvent jugé que les risques étaient encore élevés et que l'on ne pouvait pas avoir confiance dans les mesures prises. Il s'agirait donc de mères qui se sentent amenées à gérer individuellement une situation qui n'est pas maîtrisée au niveau collectif. Le commentaire d'une mère lors d'un entretien illustre bien un tel scepticisme face aux décisions et messages transmis par les autorités :

Moi, j'ai un souvenir d'avoir entendu un vétérinaire fédéral ou cantonal dire une fois : « Vous inquiétez pas, tout le monde peut en manger etc. » Et puis deux semaines après dire : « Ah il faut pas manger ça ». C'est la

seule chose qui me reste ça. C'est incohérent. Il fallait prendre une décision soi-même. (EG-02, B)

Une femme sur trois a déclaré ne rien avoir changé à cause de la crise de la vache folle, mais une proportion assez conséquente d'entre elles (180, soit 39% des répondantes n'ayant pas pris de mesures) l'ont justifié par le fait qu'elles ne consomment pas ou peu de viande (voir Tableau 2). Leur choix doit se comprendre dans l'évolution historique de la consommation de viande rouge : après une augmentation constante au cours du 20e siècle, celle-ci a été freinée dès les années 80, à partir du moment où ce type de viande a été établi comme un facteur de risques pour les maladies cardio-vasculaires. Aux Etats-Unis d'abord, en Europe ensuite, les consommateurs, surtout parmi les plus jeunes et les plus aisés, ont alors commencé à lui préférer les viandes blanches (Fischler, 1998). Ces femmes ont donc pu considérer que leurs habitudes antérieures, révélatrices d'un souci de santé, les avaient mis à l'abri de la menace de la nv-MCJ.

Il reste enfin un groupe de mères (278, 21% de l'ensemble de la population) qui n'ont simplement pas jugé nécessaire de modifier leur alimentation. Elles ont justifié leur absence de réaction par leur confiance dans les mesures prises (67%), l'ampleur limitée des risques (51%), et plus accessoirement le manque de clarté dans les informations (22%). Cette confiance dans les mesures collectives prises, qui rend légitime leur inaction, a été clairement évoquée :

On a vu que les Etats ont réagi ... au niveau, il y a eu des mesures qui ont été prises assez sévères alors c'est plus ... on fait plus confiance à ça qu'on en fait au fait d'avoir arrêté de manger la viande pendant 1 an, parce que 1 an c'est rien vu la maladie, mais le fait que les pays eux-mêmes ont pris des mesures rapidement. (EG-14, D)

Pourquoi pas crier stop, pourquoi maintenant ils le font plus ? Ça devrait, si vraiment ça devrait être toujours aussi dangereux, ils devraient continuer dans leur ... dans leur chasse si on veut ... à ça ... par exemple encore maintenant on en mange, ça fait deux ans qu'on en parle plus mais attention stop, n'en mangez pas. Alors qu'on entend plus tout ça, pourquoi ? Parce que si effectivement ça devait toujours être aussi dangereux qu'il y a deux ans en arrière, c'est criminel. C'est criminel de nous laisser manger du bœuf. C'est, je veux dire c'est on devrait carrément interdire tout toute viande, mais je veux dire alors qu'on le fait pas. (EG-01, D)

L'impact de la crise sur les pratiques n'a pas été uniforme dans tous les milieux sociaux. En effet, les femmes de position sociale plus élevée ont pris un peu plus souvent des mesures consécutives à la crise, notamment en ce qui concerne les produits dérivés : seulement 24% des femmes de formation scolaire minimale en ont modifié la consommation contre 40% des universitaires; la consommation de viande a aussi été légèrement plus affectée chez les femmes de formation profession-

nelle supérieure¹³. L'absence de différences significatives en ce qui concerne la consommation d'abats pourrait provenir d'habitudes antérieures différencierées (*ie* cette consommation est moins universelle que celle de viande ou de produits dérivés).

Au plan des pratiques, notre questionnement a mis en évidence l'importance subjective du risque de Creutzfeldt-Jakob dans les familles puisqu'en effet une majorité d'entre elles ont été interpellées par cette situation au point de répercuter ce souci dans leurs routines alimentaires. Des données relatives à la France ont également mis en évidence l'ampleur des réactions au sein du public (Peretti-Watel, 2001). Le fait que ces mesures aient été prises sur la base d'un choix individuel – et non en réaction à des recommandations – peut expliquer l'importante variabilité des changements, qui sont influencés par des interprétations socialement construites et différencierées du risque. Ainsi, d'un strict point de vue d'ampleur des risques, ce n'est qu'une infime minorité de mères qui a poussé le raisonnement jusqu'au bout en éliminant de manière définitive toutes les sources potentielles de contamination : seules 44 familles ont dit avoir arrêté de consommer les abats, la viande et les produits dérivés de manière durable. Toutes les autres mesures prises auraient d'abord eu pour fonction de rassurer, besoin que l'on peut juger particulièrement élevé chez les mères de famille responsables de l'alimentation de l'ensemble du groupe familial. Cette fonction a d'ailleurs été explicitement évoquée au cours des entretiens :

Je dirais la maladie de Creutzfeldt-Jakob c'était facile : nous on a pas mangé de boeuf pendant des... tout un tas de temps et puis ça rassurait je veux dire [...] peu importe dans le fond, mais en tout cas il y avait une espèce de stratégie possible pour se rassurer. (EG-14, A)

A : Mais il y a aussi un effet les gens changent leurs habitudes, dans le doute, j'ai pas beaucoup de chances mais dans le doute et à chaud je vais peut-être pas prendre de risques ...

C : Et après ils sont rassurés. (EG-10)

Moi j'y crois parce que ça m'arrange d'y croire en fait, puis on se déculpabilise aussi comme ça je pense en se disant : on a acheté de la viande suisse donc on risque rien. (EG-12, C)

Cette interprétation rejoint l'idée évoquée à un niveau plus macrosociologique de mécanismes culturels cherchant à intégrer l'incertitude, que ce soit par l'adoption de règles ou l'établissement de limites. D'un point de vue anthropologique, Torry (1979) considère les règles relatives à la chasse, aux mariages, etc... comme autant de moyens de régulation sociale de situations menaçantes pour une collectivité. Dans son analyse de la société moderne, Rip (1991) voit dans l'établissement de normes ou seuils d'émission par rapport aux substances toxiques un même phéno-

13 Coefficients de corrélation entre le niveau de formation de la mère et : la consommation de produits dérivés (V de Cramer : 0,13**), la consommation de viande (V de Cramer : 0,15**).

mène de gestion des risques au sens où le risque n'est pas éliminé mais rendu acceptable sous certaines conditions. En établissant des frontières, ces normes ou règles permettent d'organiser le monde : « *The rules (rituals, taboos) provide containment of danger in two principally different ways : on the concrete level, rules maintain careful and prudent behaviour, linked to solidarity rules, while at the level of the subculture, the existence of and obeisance to such rules allows participants to forget (or at least be fatalistic) about the fact that their activities are very risky* » (Rip, 1991, 255). Nos données montrent l'existence de processus similaires au niveau individuel : les stratégies observées ne visent pas nécessairement à éliminer le risque, mais plutôt à intervenir de manière à se rassurer et à fournir le sentiment que le danger est circonscrit.

D'un autre côté, on peut y voir l'expression d'une gestion du risque – qualifiée de « prudentialisme » par O'Malley (1996) – renvoyée aux individus eux-mêmes sous forme d'une pratique quotidienne de soi. Face aux caractéristiques de la crise de la vache folle, les membres du public peuvent en effet préférer privilégier leur responsabilité individuelle. Une telle privatisation de la gestion des risques s'inscrit dans un fonctionnement social caractérisé par une considérable spécialisation des tâches qui contribue à une dilution de la responsabilité collective.

3.3 Typologie empirique des logiques de gestion du risque nv-MCJ

Il reste à voir comment, au niveau individuel, les représentations du risque construites face à la menace de nv-MCJ s'articulent avec les pratiques adoptées. Une simple analyse bivariée montre que les femmes qui ont pris des mesures estiment que leur propre risque est faible alors que celles qui n'ont rien fait le jugent nul. Ceci suggère que la prise de précaution ne suffirait pas à éliminer le risque, ce qui est confirmé par le fait que ni l'ampleur, ni la durée des changements alimentaires effectués n'affectent significativement l'estimation du risque individuel.

Afin d'évaluer la diversité des liens possibles entre les conceptions construites et les pratiques alimentaires, nous avons réalisé une analyse *cluster* dont le but est de diviser les unités observées en groupes homogènes. Nous avons introduit dans cette analyse les mesures adoptées face aux trois domaines qui constituent de potentielles sources de contamination (viande, abats et produits dérivés) ainsi que les estimations des risques individuels et des risques au sein de la population. La solution retenue comprend quatre types de taille relativement semblable qui correspondent à des logiques différentes de gestion du risque (voir Tableau 4).

Une mère sur quatre appartient au type de la *dénégation* : ce sont celles qui n'accordent pas vraiment de statut à ce risque. Elles n'ont pas modifié leurs habitudes alimentaires et pour elles le problème n'existe pas au sein de la population. Elles jugent leur propre risque nul ou ne l'évaluent pas (« je ne sais pas »). Elles semblent donc considérer que les mesures prises au niveau collectif suffisent à assurer la protection de la santé des consommateurs. Au-delà d'une certaine

Tableau 4 : Typologie empirique des logiques face à la maladie de Creutzfeldt-Jakob

| | dénégation 24% (312) | démission 20% (258) | doute 23% (301) | pragmatisme 33% (423) | moyenne 100% (1'295) | V de Cramer |
|--|-------------------------|------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|
| réduit ou éliminé les abats | 0% | 11% | 96% | 73% | 49% | 0.79*** |
| réduit ou éliminé la viande de bœuf | 0% | 28% | 81% | 78% | 50% | 0.69*** |
| réduit ou éliminé les produits dérivés | 2% | 7% | 45% | 28% | 22% | 0.41*** |
| risque existe pour la mère ⁺ | 7% | 96% | 98% | 12% | 47% | 0.86*** |
| risque existe pour l'enfant ⁺ | 8% | 92% | 96% | 8% | 45% | 0.86*** |
| décès chez les femmes ⁺⁺ | 14% | 41% | 10% | 17% | 20% | 0.28*** |
| décès chez les enfants ⁺⁺ | 7% | 23% | 3% | 6% | 9% | 0.26*** |

Notes

⁺ Défini par une réponse située entre faible et élevé.

⁺⁺ Au sens où il y aurai déjà eu des décès attribuables à la nv-MCJ en Suisse.

imperméabilité face à un débat social de grande ampleur, on peut supposer que cette catégorie de la population ne se sent pas vraiment interpellée par l'incertitude.

La deuxième logique – celle de la *démission* – concerne des familles où des modifications ont pu être faites, mais elles ont été d'ampleur très modérée. Cependant, ici, on trouve une représentation de risques réels pour la santé tant au niveau individuel qu'au niveau de la population. Alors que la menace est tangible, ces répondantes semblent ne pas se sentir capables de l'atténuer par des changements de comportements individuels. Cette stratégie révèle un acteur social vulnérable face à des menaces imposées par son environnement, et en même temps impuissant à s'en prémunir par des actions individuelles.

Les mères appartenant à la logique du *doute* sont celles qui prennent le plus systématiquement des mesures. Cependant, alors même qu'elles pensent que le risque n'a pas encore été cause de décès en Suisse, elles se sentent personnellement menacées. Il existe donc chez elles un décalage entre le fait de prendre des mesures et celui de ne pas se sentir protégées. Leur sentiment de vulnérabilité individuelle est probablement associé aux incertitudes entourant cette crise; leur réflexivité, les amenant à se projeter dans le futur, les situent dans un exercice du doute systématique émanant de l'insécurité fondamentale du monde moderne.

Enfin, la logique *pragmatique* – le groupe le plus important quantitativement – comprend les mères qui ont modifié de manière conséquente leurs habitudes alimentaires, et ceci dans les trois domaines. Elles considèrent que le risque n'existe pas au sein de la population, et en ce qui les concerne personnellement, elles le jugent nul ou préfèrent ne pas l'estimer (« je ne sais pas »). Alors même qu'elles n'évacuent pas totalement le doute, elles semblent juger que leur capacité individuelle à s'orienter et à prendre des mesures leur permet de se prémunir du danger.

Cette répartition est en partie influencée par la position sociale des acteurs. Les logiques de dénégation et de démission apparaissent un peu plus fréquemment dans les milieux sociaux défavorisés alors que le profil du pragmatisme et celui du doute tendent à être plus typiques des familles ayant un revenu plus élevé (voir Tableau 5). Ceci suggère que les milieux défavorisés auraient un peu plus tendance à faire primer le niveau collectif sur celui de l'individu, que ce soit par la confiance en des mesures collectives (dénégation) ou au contraire par l'emprise du collectif sur les comportements individuels (démission). A l'inverse, les membres des milieux sociaux privilégiés mettraient plus souvent en avant la capacité à prendre leur avenir en main au niveau individuel en ayant pris des mesures, toutefois si certains sont confiants dans leur capacité de maîtrise individuelle de menaces globales (pragmatisme), d'autres apparaissent comme beaucoup plus incertains quant à l'issue de leurs efforts (doute).

Tableau 5 : Typologie relative à la maladie de Creutzfeldt-Jakob et revenu du ménage⁺

| | (% total, n = 1'295) | revenu faible (23%) | revenu moyen (38%) | revenu élevé (38%) |
|-------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| dénégation | (24%) | 27% | 28% | 18% |
| démission | (20%) | 24% | 22% | 16% |
| doute | (23%) | 18% | 20% | 30% |
| pragmatisme | (33%) | 32% | 31% | 36% |
| Total | (100%) | 100% | 100% | 100% |

Note

V de Cramer : 0.12***

⁺ niveaux de revenu : faible = moins de 6000 CHF/mois, moyen = entre 6000 et 9000 CHF/mois, élevé = plus de 9000 CHF/mois

Les résultats présentés dans cette section montrent qu'il n'existe pas de lien systématique entre les conceptions et les pratiques. Ceci met en cause les modèles cognitifs utilisés en éducation à la santé qui suggèrent que les comportements

peuvent être prédits par les attitudes, que celles-ci précèdent les choix pratiques réalisés. Nous avons en effet montré que non seulement le positionnement des acteurs sociaux dans leur environnement contribue au façonnement des logiques adoptées face aux risques de nv-MCJ, mais que par ailleurs le fait de prendre des mesures n'est pas nécessairement synonyme de réduction des risques dans les esprits, et que, à l'inverse, l'absence de mesures peut être associée à un fort sentiment d'insécurité individuelle.

4 Conclusions

Nos résultats ont montré la diversité des logiques adoptées au sein du public pour faire face à une situation de crise caractérisée par l'absence de risques avérés dans le contexte suisse. Il est probable que ces stratégies sont relativement fluctuantes au cours du temps car les réponses à la crise – tant cognitives que pratiques – s'ajustent et évoluent au gré des transformations du débat. On peut considérer que tant les mécanismes de relativisation de l'ampleur des risques que de normalisation des risques au sein des pratiques sociales répondent à un besoin fondamental de sécurité, ainsi qu'à la nécessité d'intégrer les menaces au sein des contraintes plus immédiates de la vie quotidienne. L'adoption de routines ou nouvelles normes donne le sentiment d'intervenir sur la menace, indépendamment du fait que leur efficacité soit prouvée d'un point de vue scientifique ou épidémiologique.

Les professionnels de santé publique déplorent l'existence d'une telle banalisation sociale des risques (Paccaud et Bisig, 1996). En même temps, ce mécanisme ne prend pas seulement place au niveau individuel : à un niveau macrosocial, le processus de normalisation de l'épidémie du sida, décrit dès la fin des années 1990 (Setbon, 2000), rend compte d'une transformation de la perception des risques associés à cette maladie. Suite à la prise de mesures exceptionnelles au cours des années 80, ces risques sont désormais jugés acceptables, en raison des réponses qui ont pu être fournies d'une part, et de la réduction de l'incertitude d'autre part. De tels phénomènes de banalisation des risques confirment que, comme le suggérait Douglas (1985), la gestion des risques repose plus sur leur acceptabilité sociale – qui se transforme au cours du temps – que sur l'ampleur objective du danger.

Les logiques profanes que nous avons mises en évidence s'avèrent contrastées. L'individualisation croissante des choix et des biographies, qui s'accompagne d'une individualisation de la responsabilité face aux nouvelles menaces, n'implique pas que tout un chacun dispose de chances égales en termes de capacité à prendre son destin en main et à anticiper son futur. Furedi (1998) suggère que le processus d'individualisation peut effectivement être synonyme de libération du sujet par la place accordée au choix individuel; en même temps, il craint que ce processus ne conduise à l'aliénation de larges segments de la population qui, face à

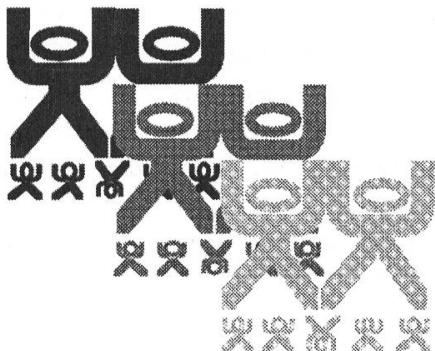
l'érosion de la solidarité sociale et à l'affaiblissement des relations de confiance, seraient de plus en plus isolés et habités par un fort sentiment d'insécurité. Il nous semble donc important de souligner que la société du risque, caractérisée par des risques globaux et généralement impalpables, n'est pas exempte de divisions sociales, même si celles-ci ne s'alignent pas toujours sur les critères traditionnels de position sociale.

Les stratégies construites par les profanes pour faire face aux menaces de la crise de la vache folle apparaissent en même temps comme globalement « raisonnables » au sens où les réactions – tant au niveau des représentations que des pratiques – sont restées modérées. On est donc loin de l'image d'un public émotionnel et irrationnel. Face aux limites de l'approche rationnelle – au sens utilitariste – et technique des risques, on ne peut donc que souhaiter que les nouvelles formes de gestion des risques mises en place accordent un statut réel aux rapports que les membres du public construisent à l'incertitude et aux risques. Si des efforts dans ce sens ont été entrepris (à travers les conférences de citoyens par exemple), il reste à encourager les procédures qui donnent véritablement à différentes constructions des risques – scientifico-technique, sociale, politique, économique – des chances égales d'intégration dans les choix collectifs.

5 Références bibliographiques

- Backett, Kathrin (1992a), The construction of Health Knowledge in Middle Class Families, *Health Education Research Theory and Practice*, 7, 497–507.
- Backett, Kathrin (1992b), Taboos and Excesses : Lay Health Moralities in Middle Class Families, *Sociology of Health and Illness*, 14, 255–274.
- Beck, Ulrich ([1986] 2001), La société du risque, sur la voie d'une autre modernité , Paris : Aubier.
- Beck, Ulrich. (1994), The Reinvention of Politics : Towards a Theory of Reflexive Modernization, in : Beck, Ulrich, Giddens Anthony and Lash Scott, Eds., *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Esthetics in the Modern Social Order*, Cambridge : Polity Press.
- Beck, Ulrich (1996), Environment, Knowledge and Indeterminacy : Beyond Modernist Ecology ? in : Lash, Scott ; Brian Wynne and Bronislaw Szerszynski, Eds., *Risk, Environment and Modernity : Towards a New Ecology*, London : Sage.
- Bernstein, Peter L. (1996), *Against the Gods. The Remarkable Story of Risk*, New York : John Wiley & Sons.
- Blaxter, Mildred and Elizabeth Paterson (1982), *Mothers and Daughters : A Three-generational Study of Health Attitudes and Behaviour*, London : Heinemann.
- Burton-Jeangros, Claudine (2001), *Cultures de santé des familles : rationalités face aux risques*, Genève, Département de sociologie, Université de Genève.
- Bury, Michael (1997), *Health and Illness in a Changing Society*, London : Routledge.
- Calnan, Michael (1987), *Health and Illness : The Lay Perspective*, London : Tavistock.
- Cardia-Vonèche, Laura et Bastard Benoît (1995), Préoccupations de santé et fonctionnement familial, *Sciences Sociales et Santé*, 13, 65–79.

- Crawford, Robert (1984), A Cultural Account of « Health »: Control, Release and the Social Body, in : McKinlay John B, Ed., *Issues in the Political Economy of Health*, London, Tavistock, 60–103.
- Cresson, Geneviève (1995), *Le travail domestique de santé. Analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan.
- Currer, Caroline et Meg Stacey (1986), *Concepts of Health, Illness and Disease*, Leamington Spa : Berg.
- Douglas, Mary (1985), *Risk Acceptability According to the Social Sciences*, London : Routledge & Kegan Paul.
- Duclos, Didier (1987), La construction sociale du risque : le cas des ouvriers de la chimie face aux dangers industriels, *Revue Française de Sociologie*, XXVIII, 17–42.
- Ewald, François (1986), *L'Etat providence*, Paris : Bernard Grasset.
- Ewald, François (1996), Philosophie de la précaution, *L'Année sociologique*, 46, 383–412.
- Fischler, Claude (1998), La maladie de la « vache folle », in : Apflebaum Marian, Ed., *Risques et peurs alimentaires*, Paris : Odile Jacob, 45–56.
- Freudenburg, Williams R (1993), Risk and Recreancy : Weber, the Division of Labor, and the Rationality of Risk Perception, *Social Forces*, 71, 909–932.
- Furedi, Frank (1997), *Culture of Fear. Risk-taking and the Morality of Low Expectation*, London and New York : Cassell.
- Giddens, Anthony (1990), *The Consequences of Modernity*, Cambridge : Polity Press.
- Herzlich, Claudine ([1969] 1992), *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Hunt, Jennifer C. (1995), Divers' Accounts of Normal Risk, *Symbolic Interaction*, 18, 439–462.
- Kellerhals, Jean; Noëlle Languin et Luca Pattaroni (2000), Ces risques qui nous menacent : enquête sur les inquiétudes des Helvètes, *Revue Suisse de Sociologie*, 26, 297–317.
- Lupton, Deborah (1999), *Risk*, London : Routledge.
- O'Malley, Pat (1996), Risk and Responsibility, in : Barry, Andrew; Thomas Osborne and Rose Nikolas, Eds., *Foucault and Political Reason. Liberalism, Neo-liberalism and Rationalities of Government*, Chicago : The University of Chicago Press.
- Paccaud, Fred et Brigitte Bisig (1986), Introduction : intervention visant à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population, in : Gutzwiller, Felix et Jeanneret Olivier, Eds., *Médecine sociale et préventive. Santé publique*, Berne : Hans Huber.
- Parsons, Talcott (1951), Social Structure and Dynamic Process : The Case of Modern Medical Practice, in : *The Social System*, New York : The Free Press.
- Peretti-Watel, Patrick (2001), La crise de la vache folle : une épidémie fantôme ?, *Sciences Sociales et Santé*, 19, 5–37.
- Schultheis, Franz et Kurt Luscher (1987), Familles et savoirs, *L'Année Sociologique*, 37, 239–263.
- Setbon, Michel (2000), La normalisation paradoxale du sida, *Revue Française de Sociologie*, 41, 61–78.
- Slovic, Paul (2000), *The Perception of Risk*, London : Earthscan.
- Stainton Rogers, Wendy (1991), *Explaining Health and Illness*, Exeter : Harvester Wheatsheaf.
- Starr, Chauncey (1969), Social Benefit versus Technological Risk. What is our Society Willing to Pay for Safety ?, *Science*, 165, 1232–1238.
- Weinstein, Neil D. (1982), Unrealistic Optimism about Susceptibility to Health Problems, *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 441–460.
- Williams, Rory (1983), Concepts of Health : An Analysis of Lay Logic, *Sociology*, 17, 185–205.



Unité de sociologie et d'anthropologie
Université catholique de Louvain

Recherches Sociologiques

Volume XXXIII, 2002/3

Espace et mobilité

Sous la direction de Bernard FRANCQ et Xavier LELOUP

Xavier LELOUP

La ville de l'Autre. Enquête sur la coexistence urbaine

François BODEUX

*La mobilité résidentielle en Belgique :
perspectives d'études sociologiques*

Patrick MEYFROIDT

*La notion d'installation dans la sociologie urbaine
de langue française : émergence d'un concept*

Julien PIÉRART

Mise en scène épidémiologique dans une ville abandonnée !

Bernard FRANCQ

*Les sans-abri entre égalité et différence :
action collective et pratiques novatrices*

Regards sur la ville

* *

Albert VERDOODT

*Du principe de territorialité à la Convention-cadre pour la protection
des minorités*

* *

Lectures critiques

À propos de livres

English Summaries

17,35 €

ISBN 2-930207-18-3 ISSN 0771-677 X

ÉDITEUR:

Recherches Sociologiques, Collège Jacques Leclercq

Place Montesquieu 1/10, B. 1348 Louvain-la-Neuve

Tél. 32 10 47 42 04 Fax 32 10 47 42 67 E. Mail : wery@anso.ucl.ac.be

Site Web : <http://recsoc.anso.ucl.ac.be>