

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

SENTIMENT D'APPARTENANCE À LA COMMUNAUTÉ GAIE, LIEUX ET
CONTEXTES DE RENCONTRES ET RELATIONS SEXUELLES À RISQUE
CHEZ DES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES
HOMMES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
ÉDITH GAUTHIER

SEPTEMBRE 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

Biologists and psychologists who have accepted the doctrine that the only natural function of sex is reproduction have simply ignored the existence of sexual activity which is not reproductive. They have assumed that heterosexual responses are a part of an animal's innate, 'instinctive' equipment, and that all other types of sexual activity represent 'perversions' of the 'normal instincts'.
Such interpretations are, however, mystical.
(Kinsey *et al.*, 1953: 448)

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier tous les hommes gais et bisexuels qui ont eu recours au dépistage rapide du VIH dans le cadre du projet SPOT. Merci d'avoir pris ce précieux temps, sans vous, cette recherche n'aurait pu exister.

Je voudrais aussi remercier mon directeur Martin Blais et ma directrice Joanne Otis. Grâce à votre grande patience et vos bons conseils, j'ai réussi à compléter ce mémoire. Merci aussi à Ludivine Veillette-Bourbeau et à Jessica Caruso pour votre soutien statistique et logistique.

Un immense merci à M. Hervieux et à France Landry qui m'ont épaulée et soutenue lorsque je voulais jeter l'éponge. Je voudrais aussi remercier chaudement la belle gang des participant.e.s de Thèsez-vous et du café Rond-Point. Je me suis toujours sentie à ma place avec vous et je remercie la vie de m'avoir fait découvrir d'aussi belles personnes. Merci pour tous ces beaux moments de rédaction, d'écoute, d'inspiration, de yoga, d'escalade et de fous rires. Merci aussi à mes ami.e.s Amélie, Mariève, Kiki-Lune, Joanie, Lili, Maël, Simon et Steve pour votre amour.

Je termine ces remerciements avec beaucoup de douceur et d'amour pour mes parents. Merci papa de m'avoir poussée à me dépasser et à être une meilleure personne. À toi, maman, merci de m'avoir offert cet amour inconditionnel qui me fait autant aimer et aider les autres. Grâce à vous, j'ai enfin complété ce défi que je n'aurais jamais pensé atteindre. La rédaction est une période difficile qui nous pousse à mieux nous connaître. Je me connais beaucoup mieux maintenant et je sais que je suis assez. Merci la vie.

DÉDICACE

Du plus loin que je me souviene, je suis touchée par l'injustice,
La première personne envers qui j'ai ressenti ceci a été ma tante Odette,
Je ne comprenais pas bien les malaises autour du mot lesbienne,
Puis j'ai compris le sens du mot sans rien comprendre du malaise,
Parce que je l'aimais tout court comme une enfant aime sa tante,
Mais aussi comme une personne aime une autre personne,
Peu importe ses croyances, ses actions, son genre ou son orientation sexuelle.

Ces hommes sont venus toucher cette même sensibilité,
Ces hommes valeureux, beaux, fiers, et fragiles,
Ces hommes courageux et vrais,
Je les ai vus sous mes yeux, grandir, changer, rire et pleurer,
J'ai pleuré d'être une témoin privilégiée,
J'ai pleuré sur leurs blessures,
J'ai pleuré leur rage face aux injustices,
J'ai pleuré leurs peurs et leurs rejets,
J'ai aussi pleuré face à leur force devant les obstacles,
Et devant toutes les beautés qu'ils se sont dites et écrites entre eux,
Leur tendresse quand un des leurs s'effondre,
Leur moment d'hilarité face à l'absurdité de la vie ou de la société,
J'ai pleuré tout ça, mais je n'ai rien montré,
Si ce n'est ma compassion immense,
Ma passion pour les défendre bec et ongles,
Ma douceur pour les accueillir,
Au fil du temps, ils ont fait leur place dans mon cœur,
Une place immense dans ma vie,
Leur lutte est devenue la mienne,
Ils m'ont accompagnée et m'ont montré la voie sur le chemin de la lutte au VIH,
Au-delà des connaissances, au-delà de la science et des statistiques,
Je lève mon verre à ces hommes magnifiques qui se reconnaîtront.

Ce mémoire est un hommage pour vous,
Pour toutes les Odette et tous les hommes gais et bisexuels que j'aime,
Tendresse infinie.

AVANT-PROPOS

Cette recherche s'inscrit dans le processus de recherche du projet SPOT, une recherche interventionnelle offrant un dépistage rapide du VIH, en milieu communautaire, aux hommes gais, bisexuels ou ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes à Montréal. Plusieurs partenaires venant de différents domaines, soit la virologie, la sexologie et le milieu communautaire, ont travaillé à cette incroyable recherche qui a débuté avec des participants dès juillet 2009 et qui s'est conclue en 2016. La chercheuse principale Joanne Otis était appuyée par les co-chercheur.e.s suivant.e.s : Karine Bertrand, Martin Blais, Bluma Brenner, Gilbert Émond, Gilles Lambert, Ken Monteith, Michel Roger, Robert Rousseau, Mark A. Wainberg. Plusieurs institutions ont aussi collaboré à cette recherche : l'UQAM, le Centre de recherche du CHUM, le Centre sida McGill, la COCQ-sida, la Direction de santé publique de Montréal, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance, RÉZO, l'Université Concordia, l'Université de Sherbrooke ainsi que l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). De plus, une importante équipe de chercheur.e.s et assistant.e.s de recherche est derrière ces données. Leur savoir-faire et leur professionnalisme ont permis la constitution d'une imposante base de données d'où émanent ces résultats.

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE	iv
AVANT-PROPOS	v
TABLE DES MATIÈRES	vi
LISTE DES FIGURES	ix
LISTE DES TABLEAUX	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	xi
RÉSUMÉ	xii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	4
PROBLÉMATIQUE	4
CHAPITRE II	8
ÉTAT DES CONNAISSANCES	8
2.1 L'approche écologique	8
2.2 Les relations sexuelles à risque chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	10
2.2.1 La prévalence des relations anales à risque	10
2.2.2 La mesure des relations anales à risque	12
2.2.3 Les facteurs individuels et interpersonnels associés aux relations sexuelles à risque	12
2.3 Le rapport à la communauté gaie	14
2.3.1 La communauté gaie et le sentiment d'appartenance à la communauté gaie	14
2.3.2 La mesure du sentiment d'appartenance	17
2.3.3 La coconstruction de la prévention du VIH et de la communauté gaie	19
2.3.4 La communauté gaie et les changements de celle-ci	20
2.3.5 La communauté gaie et les relations sexuelles à risque	22
2.4 Les lieux et contextes de socialisation dans la communauté gaie et les relations sexuelles à risque	24
2.4.1 Les bars gais	24
2.4.2 Les saunas gais	26

2.4.3 Internet (Sites web de rencontres)	27
2.4.4 Les applications de géolocalisation	31
2.5 Le rôle de l'âge en lien avec les autres variables	32
2.5.1 L'âge, le sentiment d'appartenance à la communauté gaie et les relations sexuelles à risque	32
2.5.2 L'âge, les lieux et contextes de rencontres et les relations sexuelles à risque	34
2.6 Objectifs et hypothèses de recherche	36
CHAPITRE III	39
MÉTHODOLOGIE	39
3.1 Le projet SPOT	39
3.2 Les participants	40
3.3 Procédures	40
3.4 Instruments de mesure	42
3.4.1 Variables sociodémographiques	42
3.4.2 Variable dépendante	44
3.4.3 Variables indépendantes	45
3.5 Analyses	46
3.6 Considérations éthiques	48
CHAPITRE IV	50
RÉSULTATS	50
4.1 Caractéristiques des participants	50
4.2 Variables d'intérêt	52
4.3 Modèle de médiation	55
4.4 Les effets indirects totaux	57
CHAPITRE V	60
DISCUSSION	60
5.1 Hypothèse principale : le rejet du lien direct entre le sentiment d'appartenance à la communauté et les relations sexuelles à risque	60
5.1.1 Explications d'ordre méthodologique du rejet de cette hypothèse et limites de l'étude	61
5.1.2 Explications liées au contexte social du rejet de cette hypothèse	66

5.2 Hypothèses entre sentiment d'appartenance à la communauté et les lieux ou contextes de rencontres des partenaires	72
5.3 Hypothèses relatives aux relations entre les lieux ou contextes de rencontres des partenaires sexuels et les relations sexuelles à risque	75
5.4 Les effets de l'âge	79
5.5 Les résultats de cette recherche et l'approche écologique	81
5.6. Implications futures de la présente étude	83
5.6.1 Pistes de recherches futures	83
5.6.2 Pistes d'interventions sexologiques futures à la présente étude	85
CONCLUSION	88
ANNEXE A	90
CERTIFICAT ÉTHIQUE	90
ANNEXE B	91
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS	91
BIBLIOGRAPHIE	98

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1. Sentiment d'appartenance à la communauté gaie et les médiateurs pour prédire les relations sexuelles à risque	60

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 Choix de tests univariés	48
4.1 Caractéristiques des participants recrutés à SPOT et ayant eu des relations sexuelles à risque dans les trois derniers mois	52
4.2 Analyses des variables d'intérêts	55
4.3 Résultats des tests de médiation	57
4.4 Les effets indirects du sentiment d'appartenance à la communauté gaie sur les relations sexuelles à risque	59

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACCM	AIDS Community Care Montreal
ARV	Antirétroviraux (molécules qui traitent le VIH)
ASPC	Agence de santé publique du Canada
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CBRC	Community-Based Research Center for Gays Men's Health
E.T.	Erreur type
E.-T.	Écart-type
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
IC	Intervalle de confiance
ITS	Infections transmissibles sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement ou par le sang
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PEP	Prophylaxie post-exposition
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
RAR	Relations sexuelles à risque
SACG	Sentiment d'appartenance à la communauté gaie
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
T0	Temps de complétion du questionnaire avant le dépistage
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ

Les hommes gais, bisexuels ou qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) sont encore aujourd'hui une des populations les plus touchées par le VIH au Canada. Les relations anales à risque (RAR) (sans condom ni prophylaxie pré-exposition avec un partenaire dont le statut sérologique est inconnu ou sérodifférent), sont le facteur de risque principal de cette infection. Les approches écologiques en santé postulent que les comportements de santé résultent d'influences entre l'individu et son environnement. Ce mémoire avance l'hypothèse que chez les HARSAH, l'occurrence des RAR varierait selon les lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels, et que l'exposition à ces lieux et contextes serait modulée selon le sentiment d'appartenance à la communauté gaie (SACG). Le SACG implique une exposition à la communauté gaie, via les amis, les lieux et contextes de fréquentation. L'objectif général de ce mémoire est de mieux comprendre l'influence du SACG sur l'occurrence de RAR chez les HARSAH montréalais. L'échantillon est composé de 1144 HARSAH âgés de 18 à 73 ans (M =31,72 ans ; E.T.=10,05) recrutés dans le cadre du projet SPOT, un site communautaire de dépistage rapide du VIH. Dans un premier temps, des statistiques descriptives ont été produites, puis un modèle de médiation multiple a été testé pour comprendre le lien entre le SACG et les RAR. Les résultats relatifs à l'hypothèse principale indiquent qu'il n'y a aucun effet global direct du SACG sur les RAR. Les résultats en lien avec les hypothèses secondaires démontrent que le SACG était positivement associé à la rencontre de partenaires sexuels dans les bars, les saunas et les sites internet. De plus, les HARSAH qui ont rencontré au moins un de leurs partenaires sexuels dans les saunas et sur les sites web étaient proportionnellement plus nombreux à avoir eu des RAR tandis que la rencontre de partenaires dans les bars et par les applications de géolocalisation était marginalement associée à l'occurrence de RAR. Ces résultats suggèrent qu'il n'existe aucun lien direct entre le SACG et les RAR. Cependant, des liens indirects existent par l'entremise des lieux et contextes de rencontres de partenaires sexuels ainsi que l'âge. Dans tous les cas, les coefficients significativement différents de zéro étaient très faibles. Les RAR s'expliquent autrement que par des enjeux directs d'appartenance à la communauté et par la fréquentation des endroits de socialisation gaie.

Mots clés : HARSAH, sentiment d'appartenance à la communauté gaie, relations anales à risque, lieux et contextes de rencontre, modèle de médiation.

INTRODUCTION

Ce mémoire vise à explorer les relations entre le sentiment d'appartenance à la communauté gaie, la rencontre de partenaires sexuels dans des lieux ou contextes spécifiques (bars gais, saunas, sites web de rencontres et applications de géolocalisation) et l'occurrence des relations sexuelles à risque (RAR) chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) qui ont fréquenté un site communautaire de dépistage rapide du VIH à Montréal. Ce mémoire avance l'hypothèse que les RAR (définies comme le fait d'avoir eu au moins une relation anale sans condom avec un partenaire de statut VIH inconnu ou séropositif avec une charge virale détectable ou inconnue) varient selon les lieux et contextes de rencontres (bars gais, saunas, sites web de rencontres et applications de géolocalisation), et que l'exposition à ces lieux et contextes varie en fonction du sentiment d'appartenance à la communauté gaie (SACG).

Dans les dernières décennies, l'épidémie du VIH a eu une influence immense sur la construction et l'évolution de la communauté gaie (Carpiano, Kelly, Easterbrook, Parsons, 2011 ; CBRC, 2016; Chapple, Kippax et Smith, 1998 ; Davis, 2007 ; Émond, 2009 ; Giraud, 2012 ; Goltz, 2014, ; Hammack et Cohler, 2011 ; Higgins, 1997 ; Hinrichs, 2011 ; Kippax, Crawford, Davis, Rodden, Dowsett, 1993 ; Otis, 2015; Parker, 2014 ; Roberge, 2008 ; Seibt, Ross, Freeman, Krepcho, Hedrich, Mcalister et Ferna'Ndez-Esquer, 1995). L'épidémie du VIH a elle-même évolué selon diverses étapes correspondant aux avancées thérapeutiques et technologiques (Davis, 2007 ; Otis, McFadyen, Haig, Blais, Cox, Brenner, Rousseau, Émond, Roger, Wainberg, et Spot Study Group, 2016 ; Parker, 2014). Malgré toutes les avancées préventives tentées pour diminuer l'incidence du VIH chez les HARSAH, ils représentaient les trois quarts des nouveaux diagnostics montréalais en 2013 (76,4 %) (MSSS, 2013) alors qu'en 2016 cette proportion s'élevait à 79,5 % (INSPQ, 2017). La

pratique sexuelle la plus à risque de transmission du VIH demeure les RAR (Baggaley, White, Boily, 2010 ; CDC, 2015). Les résultats de l'étude longitudinale montréalaise de la cohorte OMEGA rapportaient une hausse des RAR avec partenaires séroconcordants entre 1997 et 2003 (George, Alary, Otis, Demers, Mâsse, Lavoie, Remis, Turmel, Vincelette, Parent, LeClerc et The Omega Study group: Omega Cohort: Montréal, Québec, 2006). Deux études canadiennes plus récentes ont observé cette même tendance (ASPC, 2011; Lambert, Cox, Hottes, Tremblay, Frigault, Alary, Otis, Remis et The M-Track Study Group, 2011).

La présente étude s'intéresse principalement aux influences des lieux et contextes de rencontres sexuelles sur l'occurrence des RAR des HARSAH. Des auteurs avancent que les RAR pourraient être influencées aux niveaux individuel et interpersonnel, par exemple par des comportements tels la consommation d'alcool et de substances lors des relations sexuelles (Groves, 2012 ; Lambert *et al.*, 2011), par certaines caractéristiques des partenaires sexuels (Carballo-Diéguez, Ventuneac, Bauermeister, Dowsett, Dolezal, Remien, Balan, Rowe, 2009; Lambert *et al.*, 2011), ou encore par l'influence des amis (Latkin, Forman, Knowlton, Sherman, 2003; Willoughby, Lai, Doty, Mackey, Malik, 2008), etc. D'autres auteurs avancent que les amis et l'entourage gai pourraient devenir des facilitateurs de prise de risques sexuels (Carpiano *et al.*, 2011 ; Kelly, Amirkhania, Seal, Galletly, Di Franceisco, Glasman, Stevenson, Rosado, 2010 ; Moore, Kanters, Michelow, Gustafson, Hogg, Kwag, Trussler, McGuire, Robert, Gilbert et the ManCount Study Team, 2012). Pour d'autres, le sentiment d'appartenance à la communauté gaie (SACG) serait un facteur de protection contre la prise de risque sexuel (Zablotska, Imrie, Prestage, Crawford, Rawstorne, Grulich, Jin, Kippax, 2009). Au niveau interpersonnel, des auteurs allèguent que les RAR seraient aussi influencées par le statut de leurs relations et la satisfaction de celles-ci (Hensel, Rosenberger, Novak, Reece, 2012).

Le SACG serait quant à lui fortement influencé par les interactions sociales, comme les normes, les valeurs et les attitudes des amis (Israël, Schulz, Parker, Becker, 1998 ; Kelly *et al.*, 2010 ; Steckler, Dawson, Israël, Eng, 1993). Le SACG inclurait l'implication sexuelle, la connaissance des pratiques sexuelles ainsi que des réseaux sociaux gais (Carpiano *et al.*, 2011 ; Kippax *et al.*, 1993 ; Roberge, 2008 ; Seibt, Ross, Freeman, Krepcho, Hedrich, Mcalister, Ferna'Ndez-Esquer, 1995 ; Weeks, Heaphy, Donovan, 2001). Pour deux auteurs (Giraud, 2012 ; Goltz, 2014), les endroits de socialisation physiques et virtuels auraient aussi une part importante à jouer dans ce SACG. Les approches écologiques avancent que plusieurs niveaux d'influences interagissent et influencent grandement les comportements sexuels d'un individu (Kaufman, Cornich, Zimmerman, Johnson, 2014). Il est donc pertinent de les observer plus en profondeur pour pouvoir expliquer les liens entre le SACG et les RAR.

Pour ce faire, le premier chapitre servira à circonscrire la problématique, les objectifs et l'importance de ce mémoire d'un point de vue social, scientifique et sexologique. Le deuxième chapitre permettra de mieux situer l'état des connaissances scientifiques sur les RAR, sur la communauté gaie et son SACG, puis sur les lieux de socialisation des HARSAH, pour conclure avec les effets de l'âge sur le SACG et les RAR. Le troisième chapitre vise à présenter la méthodologie de cette recherche. Le quatrième chapitre exposera les résultats de ce mémoire ; viendra ensuite une discussion de ceux-ci dans le cinquième chapitre. Le sixième chapitre conclura ce mémoire en faisant une synthèse de celui-ci et en dégageant sa portée.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

En 2014, l'Ontario comptait la plus forte proportion et le plus grand nombre de cas de VIH signalés au Canada (n = 837, 40,9 %), suivi par le Québec (n = 435, 21,3 %) (ASPC, 2015). Le taux de diagnostic au Québec est de 5,3 par 100 000 habitants alors que la moyenne nationale est de 5,8 (ASPC, 2015). Les HARSAH sont encore aujourd'hui parmi les populations les plus à risque de contracter le VIH en Occident (CDC, 2015). Au tout début de l'épidémie canadienne dans les années 1980, plus de 80 % des cas déclarés appartenaient à la catégorie des HARSAH (ASPC, 2015). Aujourd'hui, ce seuil a diminué, mais ceux-ci demeurent encore le groupe le plus touché par le VIH (ASPC, 2015). Au Canada, la prévalence des HARSAH qui vivent avec le VIH est de 46,7 %, soit une augmentation de 11,4 % par rapport à l'estimation de 2008 (ASPC, 2015). En 2014, les HARSAH représentaient 48,8 % de tous les cas adultes déclarés (≥ 15 ans) et 63,3 % des hommes adultes canadiens (ASPC, 2015). Ce sont les HARSAH de 20 à 39 ans qui sont les plus touchés par le VIH (ASPC, 2015). En 2013, les trois quarts des nouveaux diagnostics montréalais étaient des HARSAH (76,4 %) (MSSS, 2013). Les RAR « telles que définies préalablement » sont le principal mode de transmission du VIH chez les HARSAH (Baggaley *et al.*, 2010).

Les chiffres alarmants d'ITSS et de VIH ont donné lieu à de véritables avancées au niveau des structures politiques, des sciences biomédicales et des sciences sociales depuis le début de l'épidémie du VIH (CDC, 2015 ; Parker, 2014). Aujourd'hui, les méthodes préventives pour lutter contre le VIH et les ITS sont diversifiées (ASPC, 2015 ; CDC, 2015). Cette diversification inclut de nouvelles options de prévention biomédicale telles que la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et la thérapie

antirétrovirale utilisée pour traiter l'infection au VIH (Otis *et al.*, 2016). Malgré les résultats encourageants des stratégies biomédicales, les stratégies comportementales continuent de jouer un rôle crucial dans la lutte au VIH (Otis, 2015). En termes de stratégies comportementales, l'utilisation du condom lors de pénétrations anales insertives ou réceptives a largement fait l'objet de promotion lors de campagne de prévention chez les HARSAH (Calzavara, Burchell, Remis, Major, Corey, Myers, Millson, Wallace, et the Polaris Study Team, 2003). Dans une étude qualitative, Quirk, Rhodes et Stimson (1998) ont identifié des formes d'utilisation du condom qui impliquaient au moins quelques rapports non protégés et ont nommé le phénomène « sexualité non protégée » ou « sexualité à risque ». Malgré les efforts préventifs liés au condom, des études montréalaises démontrent que 12,2 % HARSAH montréalais avaient eu des RAR lors de leur dernière relation sexuelle et que ces RAR sont en hausse chez les HARSAH (INSPQ, 2013). Otis *et al.* (2016) ont montré une utilisation du condom plus élevée avec des partenaires séropositifs ou de statut sérologique inconnu qu'avec des partenaires réguliers.

Les choix relatifs à la protection des ITS pour les HARSAH pourraient être fortement marqués par les normes sociales et les liens qu'ils entretiennent avec la communauté gaie, c'est-à-dire, les normes perçues et partagées par leurs amis, leurs partenariats sexuels, ainsi que les normes qui prévalent dans les lieux et les contextes de rencontre de partenaires sexuels (Carpiano *et al.*, 2011 ; Kelly *et al.*, 2010 ; Moore *et al.*, 2012).

Le concept de « communauté gaie » existe depuis de nombreuses décennies surtout dans les pays occidentaux (Parker, 2014). Elle est l'espace unificateur où les HARSAH ont cherché de la protection et du soutien contre la stigmatisation et

l'homophobie ambiante (Higgins, 1997, Hinrichs, 2011). Des liens étroits existent donc entre le sentiment d'appartenance à la communauté gaie, les lieux et contextes de socialisation et la sexualité des HARSAH (Higgins, 1997, Hinrichs, 2011 ; Parker, 2014). Le sentiment d'appartenance à la communauté présupposerait d'une certaine socialisation, d'une exposition à une communauté via les amis, les lieux de fréquentation, les normes, etc. (Amirkhanian, Kelly et McAuliffe, 2005 ; Latkin *et al.*, 2003 ; Mutchler et McDavitt, 2011 ; Schrage, Latkin, Weiss, Kubicek, Kipke, 2014). Les HARSAH seraient donc exposés à certaines attitudes et valeurs qui auraient une influence sur leurs expériences quotidiennes incluant sur leur sexualité et la façon de la protéger (Higgins, 1997 ; Kelly *et al.*, 2010). Le milieu dans lequel les HARSAH évoluent influencerait donc la prévention des ITS (Carpiano *et al.*, 2011 ; Kelly *et al.*, 2010 ; Moore *et al.*, 2012).

L'objectif général de ce mémoire est de mieux comprendre l'influence du SACG sur l'occurrence des RAR des HARSAH montréalais en tenant compte des lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels. L'hypothèse principale suppose que les RAR varieraient selon les lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels, et que l'exposition à ces lieux et contextes serait modulée selon le sentiment d'appartenance à la communauté gaie (SACG). D'un point de vue social, il est important de mieux saisir l'importance et l'influence qu'une communauté peut avoir sur ses membres et sur leurs sexualités et vice-versa. Mieux saisir les interrelations entre différents niveaux écologiques d'une population cible et leurs comportements sexuels à risque donneraient une vision plus actuelle de la communauté gaie montréalaise et ses membres. D'un point de vue scientifique, il est pertinent d'apporter des précisions sur la prise de risques sexuels en lien avec le sentiment d'appartenance à la communauté, notamment pour clarifier les résultats

contradictoires dans les écrits scientifiques. Ceci permettrait aux membres de la communauté scientifique de mieux cerner les interrelations entre ces concepts clés pour de futures recherches. De plus, améliorer notre compréhension entre le SACG et les RAR permettrait d'aider à prévenir les risques sexuels et d'en réduire les conséquences, par exemple en permettant de cibler des contenus précis pour la prévention, des lieux spécifiques pour les diffuser (bars, saunas, Internet, application de géolocalisation, etc.) ou encore le profil des hommes à qui devrait s'adresser en priorité ces messages. D'un point de vue opérationnel, mieux comprendre l'importance du SACG sur la prise de risques sexuels des HARSAH permettrait de cibler les interventions sexologiques et aider à diminuer les infections transmissibles sexuellement (ITS). Mieux comprendre les mécanismes de co-influence aiderait aussi à dégager des leviers d'action pour les HARSAH, les intervenants sociaux et les chercheurs. Cette meilleure compréhension permettrait finalement d'améliorer la santé sexuelle des HARSAH.

CHAPITRE II

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce mémoire vise à explorer la relation entre le SACG, la rencontre de partenaires sexuels dans des lieux ou contextes spécifiques (bars gais, saunas, sites web de rencontres et applications de géolocalisation) et l'occurrence des RAR chez les HARSAH ayant fréquenté un site communautaire de dépistage rapide du VIH dans la communauté gaie montréalaise. À l'aide de l'approche écologique, qui sera expliquée dans un premier temps, il sera d'abord question de l'état des connaissances sur les RAR des HARSAH et leurs facteurs d'influence. Puis il sera question du rapport à la communauté gaie et du SACG, ainsi que des liens avec les lieux de socialisation des HARSAH pour conclure avec les effets de l'âge sur les variables nommées ci-haut.

2.1 L'approche écologique

Afin d'éclairer les relations entre le SACG, les lieux et contextes de rencontres des HARSAH montréalais et les RAR, un regard écologique sera porté. Pour Kaufman *et al.* (2014), la compréhension du développement humain passe essentiellement par la considération de l'ensemble des systèmes écologiques et socio-environnementaux de cette personne. Selon ces auteurs, le premier niveau individuel, appelé aussi microsystème, comprend des facteurs tels que les perceptions individuelles, les croyances, les émotions, la motivation au changement, les comportements de santé, etc. (Kaufman *et al.*, 2014). Le niveau interpersonnel et le réseau social comprennent la communication ainsi que les influences dyadiques et familiales, tels que la satisfaction de la relation ainsi que du soutien social (Kaufman *et al.*, 2014). Le niveau communautaire comprend des influences à un niveau de groupe plus

important, tel que le stigma, la pression des pairs ainsi que les normes culturelles de la communauté (Kaufman *et al.*, 2014). Le niveau institutionnel se concentre sur les facteurs du système de santé, comme la qualité des services, la confidentialité, ou encore les compétences des fournisseurs de ces services (Kaufman *et al.*, 2014). Enfin, le niveau structurel inclut un plus grand nombre de facteurs macro-économiques affectant le comportement, tels que l'économie (le financement des services publics), l'accessibilité des services (infrastructures et transport), l'application des lois et des politiques concernant les HARSAH et les personnes séropositives (Kaufman *et al.*, 2014).

La perspective écologique vise donc à comprendre les interrelations entre les structures sociales, les processus sociaux, les groupes, les organisations et les communautés dans lesquelles les gens vivent et travaillent (Kelly *et al.*, 2000). Le concept d'interdépendance est le fondement de base de la perspective écologique (Kelly *et al.*, 2000). Par conséquent, les comportements sociaux ne sont pas décrits comme des choix rationnels basés sur des informations objectives, mais comme le résultat de diverses influences environnementales, c'est-à-dire que les comportements reposent sur une rationalité délimitée et sur des contraintes pratiques (March, Simon, 1963). La prise de décision et les comportements seraient influencés par les liens sociaux principaux dans lesquels l'individu évolue, par des processus de comparaison sociale et de contrôle social déterminés par des systèmes de récompenses et de punitions sociales (Fisher, 1988). Les perspectives écologiques sociales du comportement mettent l'accent sur les processus sociaux dynamiques auxquels les individus s'adaptent, sur les organisations sociales, les structures et les environnements qui influencent leur comportement et, inversement, sur les processus par lesquels les organisations sociales, les structures et les environnements sont modifiés par les comportements des individus (Latkin, Knowlton, 2005). En

conséquence, il est postulé que les individus sont continuellement attentifs à leurs environnements sociaux et ajustent leurs comportements en fonction des informations environnementales qu'ils rassemblent (Kelly *et al.*, 2000). Dans cette optique, les comportements sexuels seraient donc, eux aussi, influencés par des interactions socialement ou écologiquement structurées. Les environnements et les réseaux sociaux auraient une influence majeure sur les comportements sexuels (Latkin, Knowlton, 2005).

2.2 Les relations sexuelles à risque chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

2.2.1 La prévalence des relations anales à risque

Selon une méta-analyse sur les risques de transmission du VIH, les relations anales réceptives sans condom sont les comportements les plus à risque de transmission, soit 1,4 % par acte (IC 95 %, 0,2–2,5, $p < 0,001$) et 40,4 % par partenaire réceptif (IC 95 %, 6,0–74,9, $p < 0,001$) (Baggaley *et al.*, 2010) compte tenu du nombre d'actes sexuels possibles avec un même partenaire. Les relations anales insertives sans condom ainsi que le risque combiné sont respectivement à 21,7% (IC 95%, 0,2-43,3, $p < 0,001$) et 39,9 % (IC 95 %, 22,5-57,4, $p < 0,001$), sans aucune estimation disponible par acte (Baggaley *et al.*, 2010).

Jusqu'à récemment, le condom demeure la méthode barrière la plus efficace pour prévenir la transmission du VIH durant les activités sexuelles (Oglesby *et al.*, 2014). Cependant, certains HARSAH peuvent ne pas utiliser le condom sur une base régulière lors de relations anales et ne pas faire de celui-ci une stratégie principale de

réduction des risques sexuels (Berg, 2008 ; Calzavara *et al.*, 2003; Oglesby, Smith, Alemagno, 2014; Otis *et al.*, 2016). Dans l'étude canadienne *The Man Count* sur la prévalence du VIH, 18 % des HARSAH ont déclaré avoir eu des RAR avec un partenaire séropositif ou de statut sérologique inconnu dans les six mois ayant précédé la recherche (Moore *et al.*, 2012). Les résultats de l'étude longitudinale montréalaise de la cohorte OMEGA rapportaient une hausse des RAR entre 1997 et 2003, soit de 21,4 % à 28,9 % (RC = 1,04; IC 95%, 1,02-1,05; $p < 0,0001$) avec des partenaires séroconcordants et de 34,1 % à 43,9 % avec tous types de partenaires (RC = 1,03; IC 95 %, 1,02-1,04; $p < 0,0001$) (George *et al.*, 2006). Selon Lambert *et al.* (2011), 12,2 % des HARSAH rapportaient avoir eu des RAR lors de leur dernière relation sexuelle au cours des six derniers mois (RC 1,54 ; IC 95 %, 1,04–2,28, $p < 0,0001$). Dans l'étude canadienne M-Track, environ 55% des HARSAH ont rapporté avoir eu au moins une RAR avec un partenaire au cours des six mois ayant précédé l'étude, et ce chiffre est de 48,9 % à Montréal (ASPC, 2011). Selon Rosenberger, Herbenick, Novak, Reece (2014), un HARSAH sur quatre aux États-Unis a rapporté avoir utilisé le condom durant sa dernière relation anale. Les résultats de l'étude de Landovitz, Tseng, Weissman, Haymer, Mendenhall, Rogers, Veniegas, Gorbach, Reback, Shoptaw (2012) ont associé les participants dont les résultats sont positifs au VIH avec une augmentation des RAR lors des trois derniers mois (RC = 1,53 ; IC 95 %, 0,97–2,40 ; $p = 0,05$). Cette étude rapporte aussi une certaine confusion chez les jeunes HARSAH à propos des risques associés au VIH (Landovitz *et al.*, 2012). Alors que 46,1 % des HARSAH rapportent avoir eu des RAR dans les trois derniers mois, 70 % de ceux-ci répondent qu'il était « peu probable » qu'ils deviennent séropositifs au VIH (Landovitz *et al.*, 2012).

2.2.2 La mesure des relations anales à risque

Différentes questions et terminologies ont été utilisées dans les travaux recensés pour mesurer les RAR. Lors d'absence de condom pendant les relations sexuelles, certains travaux utilisaient le terme « relations anales sans protection » (Bolding *et al.*, 2005) ou « relations anales non protégées » (ASPC, 2011). Certaines recherches ont demandé la proportion de participants qui se sont engagés dans des relations anales insertives et/ou réceptives sans condom avec des partenaires occasionnels séroconcordants (du même statut sérologique que le leur) (Zablotska, Imrie, Prestage, Crawford, Rawstorne, Grulich, Jin, Kippax, 2009). De plus, les fenêtres temporelles pour mesurer l'occurrence des RAR variaient selon les études : lors de leur dernière relation sexuelle (Lambert *et al.*, 2011) ; dans la dernière semaine (Hensel *et al.*, 2012) ; dans les trente derniers jours (Downing, 2012; Holloway *et al.*, 2015) ; dans les trois derniers mois (Kelly, Carpiano, Easterbrook, Parson, 2012 ; Otis *et al.*, 2016) ; dans les six derniers mois (Lambert *et al.*, 2011, Zablotska *et al.*, 2009) ; ou lors des douze derniers mois (Fernández, Warren, Varga, Prado, Hernandez, Bowe, 2007 ; Landovitz *et al.*, 2012; White, Mimiaga, Reisner, Mayer, 2012). Ces différences contribuent à expliquer les variations dans les taux de prévalence rapportés dans les études.

2.2.3 Les facteurs individuels et interpersonnels associés aux relations sexuelles à risque

Plusieurs facteurs dits individuels ont une influence sur les comportements des personnes, comme les émotions, l'information, la perception du risque, etc. (Kaufman

et al., 2014). Des chercheurs ont examiné les facteurs individuels qui influencent les RAR, telles la consommation d'alcool et de drogue (Berg, 2008 ; Grov, 2012 ; Holloway, Pulsipher, Gibbs, Barman-Adhikari, Rice, 2015 ; Lambert *et al.*, 2011), ou la perception des normes des groupes de pairs/amis (Willoughby *et al.*, 2008). D'autres chercheurs avancent qu'avoir des connaissances sur le VIH diminuait les probabilités d'avoir des RAR (RC = 0,60 ; IC=0,44, 0,82; $p = 0,001$) (Klein, 2012 ; White *et al.*, 2012). Cependant, cette réalité s'inverse quand les HARSAH ont près de 100 % au score des connaissances sur le VIH ; ceux-ci ont plus de chance d'avoir des RAR (RC = 4,15, IC 95 % 1,26-15,10, $p < 0.008$) (Klein, 2012 ; White *et al.*, 2012). Cette contradiction s'explique possiblement par le fait que les HARSAH ayant plus de connaissances sur la VIH ont probablement des partenaires séropositifs au VIH et connaissent mieux les outils biomédicaux comme la PrEP ou la PEP. De plus, certaines caractéristiques des partenaires sexuels influencent l'occurrence de RAR, par exemple, les attributs physiques des partenaires sexuels (Carballo-Diéguez *et al.*, 2004; Lambert *et al.*, 2011), ainsi que le nombre de partenaires sexuels dans la dernière année (Torres, Delonga, Gladstone, Barrad, Huckaby, Koopman, Gore-Felton, 2013).

Au niveau interpersonnel, des recherches ont rapporté qu'être en couple avec un homme, être en accord avec cette affirmation « un homme séropositif qui prend ses médicaments est moins susceptible de transmettre le VIH » et avoir un historique d'ITSS, sont significativement associés à des RAR (Lambert *et al.*, 2011). Le statut relationnel à long terme avec un partenaire (Hensel *et al.*, 2012), était aussi associé positivement avec un plus grand nombre de RAR.

La décision d'utiliser ou non le condom comme moyen de prévention des ITS est donc aussi influencée par ces facteurs.

2.3 Le rapport à la communauté gaie

2.3.1 La communauté gaie et le sentiment d'appartenance à la communauté gaie

Du point de vue des approches écologiques, le niveau communautaire aurait un impact sur dans la vie des individus (Kaufman *et al.*, 2014). La « communauté gaie » est un concept couramment utilisé en sciences sociales malgré sa complexité, le peu de consensus des experts ainsi que la mouvance de sa définition et de sa composition dans le temps (Ridge, Minichiello, & Plummer, 1997 ; Wilkinson, Bittman, Holt, Rawstorne, Kippax, Heather, 2012). La communauté pourrait être décrite comme un groupe de personnes qui partagent des caractéristiques semblables (Holt, 2011). Cette définition peut inclure l'endroit où les gens vivent, la langue dont ils parlent, les croyances et valeurs communes, les identités et les pratiques collectives (Holt, 2011). Il peut aussi s'agir d'un lien invisible qui relie les gens entre eux, et ce, malgré la distance (Holt, 2011). Selon plusieurs auteurs (Israël, Checkoway, Schulz, et Zimmerman, 1994 ; Israël, Schulz, Parker, Becker, 1998) la communauté est caractérisée par un sentiment d'identification et une connexion émotionnelle aux membres, un système symbolique commun, des valeurs et des normes mutuelles (sans être égales), une influence, des intérêts communs et un engagement à répondre aux besoins de ses membres. De plus, les termes communs et collectifs utilisés par les acteurs de tous les milieux pour parler de la communauté gaie misent sur le partage des caractéristiques sociales dérivées d'expériences sexuelles des membres (Ridge *et al.*, 1997). Selon Weeks (2000), la communauté gaie peut-être vue en quatre

éléments essentiels : 1) focus de l'identité (identité sexuelle) ; 2) éthos (ensemble des caractères communs à un groupe d'individus appartenant à un groupe), ainsi qu'un repositionnement de valeurs ; 3) capital social ; 4) politique. En ce sens, plusieurs auteurs voient la communauté gaie comme le fruit de luttes sociales et politiques (Chapple *et al.*, 1998 ; Giraud, 2012 ; Kelly *et al.*, 2010, Weeks, 2000).

Le fait de se sentir appartenir à la communauté gaie, c'est-à-dire ressentir un SACG, aurait une influence marquante dans la vie des HARSAH (Israël *et al.*, 1998). La communauté et son SACG sont définis en six éléments essentiels : 1) avoir un sentiment d'identité ; 2) avoir un système symbolique : un langage, des rituels, des cérémonies, 3) partager des valeurs et des normes ; 4) s'influencer mutuellement : les membres sont influencés par les autres et vice-versa ; 5) partager des besoins et s'engager pour les atteindre ; 6) partager une connexion émotionnelle : les membres partagent une histoire commune, des expériences et un soutien mutuel (Israël *et al.*, 1994).

Selon Kelly *et al.* (2010), les relations et interactions sociales jouent des rôles majeurs dans le SACG. Le SACG permet de situer ou de mesurer l'implication, les effets possibles et l'attachement d'une personne à cette communauté (Israël *et al.*, 1998). Les attitudes, les opinions et les valeurs des membres de son groupe social de référence permettent d'établir des normes et de fournir des informations sur des actions susceptibles d'être renforcées, appuyées et acceptées au sein de cette communauté (Amirkhanian, Kelly et McAuliffe, 2005 ; Latkin *et al.*, 2003 ; Schrage, *et al.*, 2014). Les unités d'identité (par exemple l'appartenance à une famille, un réseau d'amis ou un voisinage géographique) sont toutes des dimensions socialement construites de l'identité, créées et recrées par des interactions sociales (Steckler *et al.*, 1993). Chapple *et al.* (1998) ont mentionné qu'il est important de comprendre le

SACG comme un processus social complexe et non comme un simple problème psychosocial dans nos sociétés occidentales « homophobes ». Puisque les homosexuels vivent plus de stigmatisation que les hétérosexuels, l'influence entre pairs est beaucoup plus grande et les modèles ont plus d'impact sur ceux-ci (Gomillion et Guiliano, 2011 ; Kelly *et al.*, 2010). En ce sens, les pairs proches et très appréciés deviennent des modèles comportementaux dans la vie quotidienne (Bandura, 2007 ; Schrager, *et al.*, 2014). Les effets de cette influence pourraient prendre différentes formes, soit : minimales (exemple : vêtements, musique) ; positives (exemple : groupe de soutien, identité communautaire) (Carpiano *et al.*, 2011; Gomillion et Guiliano, 2011) ; ou plus à risque (exemple : la consommation d'alcool ou de substances, les types de partenariats sexuels ou encore de préférences en matière de comportements sexuels, etc.) (Carpiano *et al.*, 2011 ; Mustanski, Newcomb, Du Bois, Garcia, Grov, 2011 ; Mutchler et McDavitt, 2011).

Les communautés d'identité peuvent aussi être centrées dans un espace géographique défini ou non, tant que le sentiment d'identité et les destins sont communs (Israël *et al.*, 1998). Les quartiers gais ont joué un rôle important dans la formation du sentiment d'appartenance des individus en passant par l'implication sexuelle et la connaissance des pratiques sexuelles ainsi que des réseaux sociaux gais (Carpiano *et al.*, 2011; Kippax *et al.*, 1993 ; Roberge, 2008; Seibt *et al.*, 1995 ; Weeks, Heaphy, Donovan, 2001). À cette époque, le village gai était vu comme un endroit « ... de guérison, de découvertes, de soutien et de libre expression dans une culture ambiante homophobe » (Goltz, 2014, p. 1517) et où des éléments matériels tels des drapeaux gais étaient des indicateurs symboliques de l'existence de la communauté gaie (Giraud, 2012). Encore aujourd'hui, les quartiers gais sont des endroits où « l'homosexualité occupe l'espace public de manière plus visible et explicite que dans les autres quartiers » (Giraud, 2012).

2.3.2 La mesure du sentiment d'appartenance

Plusieurs types de mesure existent pour estimer le sentiment d'appartenance à la communauté. Des auteurs ont mesuré le SACG avec trois variables, soit : l'attachement social ($\alpha = 0,86$), l'implication culturelle ($\alpha = 0,62$) et l'implication sexuelle ($\alpha = 0,80$) (Van de Ven, Rodden, Crawford, Kippax, 1997). L'attachement social était mesuré par une échelle comprenant : le total du temps libre passé avec des amis gais, le nombre d'amis gais et les endroits où ils rencontrent leurs amis gais (bars, fête disco, piscine ou plage et réunions dans des organisations gaies) (Van de Ven *et al.*, 1997). L'implication culturelle était estimée par : le *membership* dans des organisations gaies, la perception de l'appartenance à la communauté gaie et le lectorat des presses gaies (Van de Ven *et al.*, 1997). L'implication sexuelle mesurait les endroits où les répondants cherchaient des partenaires sexuels, le nombre de partenaires sexuels dans les six derniers mois et la fréquence des activités sexuelles avec des partenaires occasionnels dans le dernier mois (Van de Ven *et al.*, 1997). Wilkinson *et al.* (2012) ont évalué le SACG par l'engagement sexuel, social et communautaire. Ces mêmes auteurs (Wilkinson *et al.*, 2012) ajoutent que l'amitié et la sociabilité ne sont malheureusement pas visibles dans ces échelles, mais qu'un potentiel existe pour mieux mesurer le SACG. Plusieurs travaux ont estimé que le temps passé dans les organismes gais (Murphy, Hevey, O'Dea, Ní Rathaille, Mulcahy, 2015), le temps libre passé avec des amis gais (Holt *et al.*, 2013 ; Murphy *et al.*, 2015 ; Zablotska *et al.*, 2012), ou la proportion d'amis gais (Holt *et al.*, 2013 ; Murphy *et al.*, 2015 ; Zablotska *et al.*, 2012), étaient de meilleurs indicateurs du SACG. Certains travaux questionnent leur degré de perception personnelle de leur attachement à la communauté, leur fierté de faire partie de celle-ci, ainsi que leur sentiment d'appartenance à la communauté gaie (Carpiano *et al.*, 2011 ; Grov, 2012).

Kelly *et al.*, (2012) l'ont mesuré à l'aide de trois échelles : sentiment d'attachement de la communauté LGB ($\alpha \geq 0,90$), la fierté de faire partie de cette communauté ($\alpha \geq 0,90$) et avoir un fort sentiment d'appartenance à cette communauté ($\alpha \geq 0,90$). Barrett et Pollack (2005) ont utilisé deux échelles, la première a mesuré la perception de l'exclusivité de la communauté gaie par trois énoncés sur l'acceptation dans la communauté gaie à propos des effets de l'âge, de l'apparence et de l'ethnicité ($\alpha = 0,58$). La seconde échelle a mesuré le degré d'affiliation à la communauté gaie par sept items : sentir faire partie de la communauté, participer à la communauté est une chose positive à faire, se sentir lié avec d'autres hommes homosexuels, se sentir fier de la communauté, estimer important d'être politiquement actif dans la communauté, le fait de travailler avec d'autres personnes pour résoudre des problèmes de la communauté et finalement, ressentir que les problèmes dans la communauté sont aussi les siens ($\alpha = 0,78$) (Barrett et Pollack, 2005). Card, Lachowsky, Cui, Shurgold, Gislason, Forrest, Rich, Moore, Roth et Hogg (2016), ont utilisé une multitude d'outils pour faire une distinction entre la connexion émotionnelle, la dimension sociale et le sentiment d'enracinement à la communauté gaie de leurs participants. Pour mesurer la taille de leur réseau et leur soutien social, les auteurs ont demandé aux répondants d'estimer le nombre d'amis sur Facebook et le nombre d'amis gais ou bisexuels dans les environs de Vancouver (Card *et al.*, 2016). Ils ont aussi demandé le total du temps passé avec des amis gais, leur fréquence de participation dans des équipes sportives gaies, leur présence à des réunions dans des organismes gais, leur fréquentation des bars gais, leur fréquence de lecture de journaux gais ainsi que la participation à la parade gaie (Card *et al.*, 2016). Ces auteurs ont aussi mesuré l'importance de faire partie de la communauté gaie par une échelle sur l'identité collective gaie par une échelle de quatre items : « faire partie de la communauté gaie est un reflet important de qui je suis » ($\alpha = 0,81$) (Card *et al.*, 2016). Enfin, ils ont aussi mesuré la motivation communautaire de leurs répondants à pratiquer une

sexualité sécuritaire par une échelle d'altruisme communautaire de six items : par exemple, « je fais ma part pour enrayer le VIH en ayant une sexualité sécuritaire » ($\alpha = 0,85$). Fernández *et al.*, (2007) ont utilisé une échelle déjà existante : *Identification and Involvement with gay community scale* de Vanable, McKirman et Stoke (2011). Cette échelle de *Likert* comprend trois questions : « l'importance d'avoir des amis gais ou bisexuels » ; « être gai me fait sentir comme un membre de la communauté gaie » et « mon attirance pour les hommes est une partie importante de ma personnalité » ($\alpha = 0,81$) (Venable, McKirman, et Stoke, 2011).

2.3.3 La co-construction de la prévention du VIH et de la communauté gaie

Plusieurs travaux ont reconnu l'importance majeure qu'a eue la crise du VIH-sida sur la construction et l'évolution de la communauté gaie (Carpiano *et al.*, 2011; Chapple *et al.*, 1998 ; Davis, 2007 ; Dowsett, 2009 ; Émond, 2009 ; Giraud, 2012 ; Goltz, 2014, ; Hammack et Cohler, 2011 ; Higgins, 1997 ; Hinrichs, 2011 ; Kippax *et al.*, 1993 ; Otis *et al.*, 2016; Parker, 2014 ; Roberge, 2008 ; Seibt *et al.*, 1995). Émond (2009) avance que « les milieux gais et homosexuels d'aujourd'hui sont coconstruits avec ceux du sida, sans indépendance ». L'émergence du VIH et où étaient les HARSAH lors des moments saillants de l'épidémie influence encore grandement le parcours de vie des HARSAH (Hammack et Cohler, 2011). Les débuts des années 1980 ont marqué les esprits et le monde de la prévention, lorsque l'épidémie du sida a frappé de plein fouet les communautés gaies occidentales. Higgins (1997) ajoute qu'il ne fait aucun doute que la vie des jeunes HARSAH d'aujourd'hui est le résultat des luttes contre la discrimination, les tabous de l'homosexualité et du VIH, faits par les homosexuels qui y ont laissé leur vie. Les organismes d'éducation et de soutien dans

la communauté gaie qui se sont développés en réponse à l'épidémie de VIH, ont aussi facilité une vision pluraliste de vivre comme homosexuel (Chapple *et al.*, 1998). Le rôle vital que la communauté gaie et de ses membres a joué est important dans la prévention du VIH (Davis, 2007 ; Otis *et al.*, 2015; Parker, 2014). Les hommes gais ont joué un rôle majeur dans cet apport en s'impliquant dès le départ dans des projets de recherche. En étant participants dans les recherches, ils alimentaient les chercheurs et les intervenants « dans le milieu » (Davis, 2007 ; Otis *et al.*, 2015; Parker, 2014). De plus, la complexe formation de l'identité homosexuelle, les contraintes liées aux inégalités sociales et les différentes cultures sexuelles locales sont maints obstacles au développement du SACG et à la prévention du VIH (Chapple *et al.*, 1998).

2.3.4 La communauté gaie et les changements de celle-ci

La communauté gaie a subi de nombreuses transformations au cours des décennies. Elle s'est complexifiée et sa transformation alimente de multiples débats (Barrett et Pollack, 2005; Fraser, 2008; Holt, 2011; Kippax *et al.*, 1993; Rowe et Dowsett, 2008, Weeks, Heaphy, Donovan, 2001). Les quartiers gais, qui ont joué un rôle crucial dans la communauté, semblent avoir perdu de leur importance. Les frontières géographiques de ces quartiers semblent disparaître, puisque les HARSAH se sont dispersés géographiquement (Rosser, West, Weinmeyer, 2008). L'émergence d'Internet y est aussi pour quelque chose, en ayant mené à la naissance de nombreuses communautés en ligne (Saucier, 2013). Les interactions en ligne traversent aisément les barrières géographiques et politiques des pays, ce qui permet le développement de communautés d'intérêts mondiales et pleinement délocalisées (Saucier, 2013). Un point positif a été associé à l'usage d'Internet : il s'agit d'améliorer l'accès aux connaissances sur le VIH (Klein, 2012 ; White *et al.*, 2012).

Les Internautes ont aussi plus accès à des sources d'informations au sujet de leur santé que par des magazines ou d'autres moyens d'information (Rhodes, DiClemente, Cecil, Hergenrather, Yee, 2002).

Rosser, West et Weinmeyer (2008) ont pu constater le déclin de l'importance de la communauté gaie géographique au profit de la communauté virtuelle lors de leur consultation internationale. Ces auteurs ont interrogé vingt-neuf chercheurs et leaders VIH au sujet de l'importance de la communauté gaie (lors de la 8^e conférence des impacts du VIH à Marseille en juillet 2007) (Rosser, West, Weinmeyer, 2008). Le même constat a été fait dans une étude quantitative longitudinale australienne (69 812 participants entre 1998 et 2009) (Zablotska *et al.*, 2012). Les résultats rapportent aussi une baisse significative d'hommes dont les amis sont tous ou presque gais, ainsi qu'une baisse du temps libre passé avec des hommes gais (Zablotska *et al.*, 2012). Putnam (2000) a vu, dans le désengagement des individus, une alarmante diminution du soutien et de la confiance envers les institutions. Ceci peut mener à un effritement du lien social et à l'effondrement de la communauté gaie.

Dans leur étude qualitative faite auprès de vingt-six participants, Peacock *et al.* (2001) ont dénombré quelque trente-deux sous-cultures différentes dans la communauté gaie de San Francisco. Ces participants rapportent se sentir appartenir à plusieurs sous-cultures de la communauté gaie, ce qui permet de rompre avec la vision monolithique et unique de la communauté gaie (Peacock *et al.*, 2001). Ils ajoutent que pour la survie des communautés gaies, il est important de reconnaître leur hétérogénéité (Parker, 2014; Peacock *et al.*, 2001). Malgré toutes ces transformations dans la communauté gaie, elle évoque encore aujourd'hui un endroit

ou un symbole de socialisation, de mobilisation ou d'activisme politique pour les hommes gais, bisexuels et les HARSAH (Holt, 2011; Mustanski *et al.*, 2011).

2.3.5 La communauté gaie et les relations sexuelles à risque

Les travaux qui ont étudié les liens entre le SACG et les RAR ne s'entendent pas. Une étude faite avec un échantillon d'HARSAH new-yorkais démontre que l'engagement à la communauté gaie est associé à moins de comportements sexuels à risque et la consommation de drogue chez les jeunes HARSAH, mais il est associé à plus de comportements à risque chez les plus âgés (Lelutiu-Weinberger, Pachankis, Golub, Walker, Bamonte, Parsons, 2013). Pour Zablotska *et al.* (2012), la prévalence des RAR est significativement supérieure pour les HARSAH qui rapportent un fort engagement social gai et une majorité d'amis gais (RC = 1,15; IC 95 %, 1,06–1,26) ainsi que plus de partenaires sexuels (RC = 1,19; IC 95 %, 1,09–1,29). D'autres chercheurs ont avancé au contraire que les hommes qui s'identifient comme gais rapportent moins de RAR avec des partenaires occasionnels (O'donnell *et al.*, 2002) (RC = 0,30, IC 95 %, 0,09, 1,00). Une autre étude avance que l'engagement dans la communauté gaie à un effet différent selon l'âge, il est positivement relié à la prise de risques sexuels des plus âgés, mais semble être un facteur de protection chez les plus jeunes (Lelutiu-Weinberger, Pachankis, Golub, Walker, Bamonte, Parsons, 2013). Girard (2016) a exposé l'importance de la communauté gaie pour les participants de son étude alors que celle-ci n'implique pas nécessairement un SACG. Plusieurs participants qui ont des RAR, ont exprimé qu'ils ne se sentent pas connectés, ne ressentent pas un SACG et que leurs réseaux sociaux ne sont pas qu'homosexuels, malgré le fait qu'ils fréquentent les endroits de socialisation gais comme les bars et les clubs (Girard, 2016).

Les avis sont aussi partagés en ce qui a trait à l'influence des amis sur les prises de risques sexuels. Les résultats de Latkin *et al.* (2003) démontrent que l'utilisation autorapportée du condom est fortement associée à la perception des amis, surtout lorsque ceux-ci parlent, utilise et encourage les autres à utiliser le condom. D'autres auteurs ont avancé que, dépendamment du milieu, les amis et l'entourage gays peuvent devenir des facilitateurs de prise de risques sexuels (Carpiano *et al.*, 2011 ; Kelly *et al.*, 2010 ; Moore *et al.*, 2012). Dans d'autres travaux, les amies ont été une source de soutien et de renforcement quant à l'adoption de stratégies préventives (Latkin *et al.* (2003).

Il semble que le SACG puisse avoir des effets variés sur les prises de risques sexuels des HARSAH. Selon Girard (2016), les RAR sont le sujet qui divise le plus la prévention du VIH dans toutes les communautés gaies nord-américaines. Davis (2007) a suggéré que les RAR reflètent des comportements individualisés de la prévention liée à un sentiment de « perte de la communauté » ou de la romance de cette communauté « qui n'a jamais été ». Dans son étude qualitative, Girard (2016) a examiné les liens complexes entre les discours individuels, la communauté gaie et la culpabilité et la responsabilité des RAR à travers une analyse culturelle des discours d'HARSAH français. Les résultats démontrent des typologies spécifiques qui révèlent les différentes visions de la prévention dans des contextes relationnels spécifiques (Girard, 2016). Le premier type condamne les RAR et décrit ce comportement comme « irresponsable », comme une menace à la communauté gaie (Girard, 2016). Le second type critique ce comportement et la menace vient de l'utilisation qu'en font les médias hétérosexuels, ce qui stigmatise la communauté gaie (Girard, 2016). Le troisième type est celui du libre arbitre et implique que les normes préventives sont perçues comme une atteinte à l'autonomie individuelle (Girard, 2016). Ce dernier type stipule que les responsabilités sont partagées entre tous les partenaires et que les

RAR comprennent des risques spécifiques (Girard, 2016). Saucier (2013) a abordé dans son mémoire les discours des HARSAH sur les pratiques sexuelles à risque. Son analyse du sujet avance que les prises de risque sexuel sont des choix faits de façon éclairée et non pour répandre des ITS (Saucier, 2013).

2.4 Les lieux et contextes de socialisation dans la communauté gaie et les relations sexuelles à risque

Ces lieux ont évolué au fil du temps et des changements de la communauté et du village gai (Roberge, 2008). Les lieux et les contextes de rencontres de partenaires sexuels sont donc intimement liés aux interactions sociales des HARSAH (Steckler *et al.*, 1993) et probablement au SACG (Kelly *et al.*, 2010). Pour Higgins (1997), les lieux de rencontres des HARSAH sont liés aux espaces quotidiens de la vie de ces hommes. Les lieux où les HARSAH ont rencontré leurs partenaires sexuels dépendent grandement du SACG (Higgins, 1997; Hinrichs, 2011 ; Zablotska *et al.*, 2012) et sont des facteurs de prédiction des comportements sexuels (Pollock et Halkitis, 2009). Selon l'approche écologique, les lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels pourraient faire partie du niveau communautaire influençant les RAR (Kaufman *et al.*, 2014).

2.4.1 Les bars gais

Depuis les débuts des villages gais, les bars sont vus comme des institutions majeures dans le paysage de la communauté gaie (Giraud, 2012; Higgins, 1997; Hinrichs,

2011). Ils ont d'abord été des endroits clandestins et marginaux, pour devenir des endroits inclusifs et sécuritaires dans la vie sociale des HARSAH (Giraud, 2012; Higgins, 1997). Ce sont aussi dans les bars que plusieurs hommes gais et bisexuels auraient appris les us et coutumes de la communauté gaie (Higgins, 1997). Puis ils sont devenus des endroits « habituels » ou plus « conventionnels » de rencontres sociales ou sexuelles (Bolding *et al.*, 2005; Higgins, 1997; Hinrichs, 2011). Les saunas ont ensuite été davantage associés aux relations sexuelles, alors que les bars sont demeurés des endroits de socialisation (Higgins, 1997).

Malgré la fréquentation des bars, des auteurs ont observé une décroissance constante des rencontres dans les bars et les clubs gais entre 1993-2002 (Bolding, Davis, Hart, Sherr, Elford, 2007) et depuis 1998 (Zablotska *et al.*, 2012) au profit d'Internet. Dans l'étude canadienne M-Track réalisée en 2011, 64,8 % des participants montréalais (1233/1957), ont rapporté rencontrer leurs partenaires sexuels dans les bars (ASPC, 2011). Certains participants de l'étude qualitative de Davis *et al.* (2006a) ont mentionné préférer rencontrer des partenaires dans les bars plutôt que sur Internet. Les contacts visuels et le fait de voir la personne bouger dans l'espace sont des éléments importants mentionnés (Davis *et al.*, 2006a).

Pour (Holloway *et al.*, 2015), puisque l'alcool est présent dans les bars, ceux-ci sont associés à des prises de risques sexuelles. L'étude de Rhodes *et al.* (2002) a comparé deux populations d'HARSAH en fonction des comportements sexuels, du nombre de partenaires et de l'utilisation de condom lors des relations anales. Les résultats démontrent que les HARSAH qui fréquentent les bars ont plus de relations anales, mais aucune différence significative n'a été trouvée en ce qui a trait à l'usage du

condom; moins de la moitié des deux échantillons avait utilisé le condom (Rhodes *et al.*, 2002).

2.4.2 Les saunas gais

Une autre institution fortement associée à la socialisation gaie et à sa communauté est le sauna. Depuis plus de cent ans, les saunas constituent une part importante de la culture sexuelle et de l'histoire politique homosexuelle aux États-Unis (Bérubé, 2003) ainsi qu'au Canada (Higgins, 1997; Hinrichs, 2011). Jusqu'à tout récemment, les relations sexuelles entre hommes étaient condamnées dans plusieurs pays et états aux États-Unis (à noter qu'elles le sont toujours dans certains pays) (Bérubé, 2003). Dans ce contexte de suspicion et d'illégalité, les HARSAH sont devenus des experts pour trouver des moments d'intimité et de rencontre sans être pris au piège (Bérubé, 2003). Les saunas ont été des espaces de rencontres sexuelles qui ont redonné fierté et courage, en réaction aux propos et insultes homophobes, à bien des HARSAH au tout début des communautés gaies (Bérubé, 2003; Higgins, 1997; Hinrichs, 2011). Ces lieux ont offert plusieurs avantages aux HARSAH : la sécurité, la protection, un endroit démocratique et de camaraderie, l'intimité et des installations érotiques (Bérubé, 2003). Selon Miller (2015), les saunas sont devenus les « nouveaux bars gais » [Notre traduction], faisant référence à la popularité des bars gais dans la communauté gaie. En comparant deux saunas dans leur étude qualitative, Mutchler *et al.* (2003) ont remarqué certaines similitudes : la communication est plus souvent non-verbale que verbale, les clients perçoivent des règles telles que : de ne pas avoir de sexualité en public et d'utiliser condom et lubrifiant. De plus, le condom est plus utilisé pour des pénétrations anales que pour le sexe oral (Mutchler *et al.*, 2003).

Mutchler *et al.* (2003) rappellent que la clientèle est variée et loin d'être homogène d'un sauna à l'autre.

Dans l'étude canadienne M-Track, ils étaient 45,5 % (847/1957) des HARSAH montréalais à avoir rencontré des partenaires sexuels dans les saunas (ASPC, 2011). Dans leur échantillon, Zablotska *et al.* (2012) ont pour leur part observé une constante diminution des rencontres de partenaires sexuels via les saunas depuis 1998 au profit d'Internet.

Des études rapportent que 13,9 % (Binson *et al.*, 2010) et 19 % (Groves, 2012) des participants recrutés dans les saunas avaient des RAR comparativement à 28 % des HARSAH recrutés sur Internet (Groves, 2012). En effet, les saunas ont été identifiés dans la littérature scientifique comme étant un lieu associé aux RAR (Binson *et al.*, 2005, Holloway *et al.*, 2015; Huebner *et al.*, 2012 ; Saucier, 2013). Les saunas sont devenus des endroits uniques pour faire de la prévention auprès des HARSAH et des partenariats novateurs entre le réseau de la santé, le réseau communautaire et des partenaires commerciaux montréalais y ont vu le jour (Bérubé, 2003; Direction de santé publique, 2012).

2.4.3 Internet (Sites web de rencontres)

Card *et al.* (2016) avancent que de passer beaucoup de temps avec des amis gais, avoir beaucoup d'amis en ligne (Facebook), et avoir un sentiment d'identité collective plus faible sont associés avec la recherche de sexualité en ligne. Wilkinson

et al. (2012) ont sondé 5 062 HARSAH sexuellement actifs en ligne sur leur désir de socialiser avec des pairs et de trouver des partenaires sexuels sur Internet. Leurs résultats démontrent que la recherche d'amis est significativement associée à l'augmentation d'heures passées à chercher des partenaires sexuels en ligne (Wilkinson *et al.*, 2012). En ce sens, l'Internet comme moyen de rencontrer des partenaires sexuels est à la hausse depuis plusieurs années chez les HARSAH (Bolding *et al.*, 2007; Liao *et al.*, 2006; Zablotska *et al.*, 2012 ; Zhang *et al.*, 2008).

Aux États-Unis et au Royaume-Uni, près du quart et même la moitié des HARSAH ont dit avoir utilisé Internet pour rencontrer des partenaires sexuels dans les trois derniers mois (Mettey, Crosby, DiClemente, Holtgrave, 2003) ou les douze derniers mois (Elford *et al.*, 2004; Liao *et al.*, 2006; Rietmeijer, Bull, McFarlane, Patnaik, Douglas, 2003; Taylor, Aynalem, Smith, Bemis, Kenney, Kerndt, 2004). Dans l'étude canadienne M-Track, ils étaient 35,4 % d'HARSAH montréalais à rapporter avoir rencontré leurs partenaires sexuels sur Internet (ASPC, 2011). Bolding *et al.* (2007) ajoutent qu'entre 1993 et 2002, une augmentation du nombre de partenaires sexuels via Internet s'est fait sentir au désavantage des endroits de rencontres dits « conventionnels » (bars, écoles, endroits publics, petites annonces, lignes téléphoniques, etc.). Il a été possible d'observer un accroissement d'HARSAH pour lequel Internet était l'unique source pour trouver des partenaires, soit de 0,3 % en 2001 à 8,7 % en 2008 (Zablotska *et al.*, 2012). Les résultats d'une méta-analyse sur la question indiquent qu'environ 40 % des HARSAH ont cherché des partenaires sexuels sur Internet et que 30 % de ceux-ci ont rapporté des relations sexuelles avec ces partenaires comparativement à ceux qui n'en cherchaient pas (Liao *et al.*, 2006). Plusieurs travaux ont avancé qu'Internet est vu comme un environnement moins stigmatisant pour rencontrer des HARSAH comparativement aux bars, aux clubs et

aux endroits « hors ligne » (Bolding *et al.*, 2007 ; Davis *et al.*, 2006a, 2006b).

Plusieurs chercheurs ont fait un lien entre l'utilisation d'Internet et une plus forte occurrence des RAR (Bolding *et al.*, 2005 ; Card *et al.*, 2016; Downing, 2012; Elford *et al.*, 2001, 2004; Klein, 2012; Liao *et al.*, 2006; Rietmeijer *et al.*, 2001), ainsi que les ITSS (Bull, McFarlane, 2000; Liao *et al.*, 2006; Rhodes *et al.*, 2002; Taylor *et al.*, 2004). Une étude qualitative américaine (Carballo-Diéguez, *et al.*, 2009) a recueilli les propos des utilisateurs d'Internet au sujet des RAR et les a divisés en deux groupes, « pour » ou « contre ». Les arguments « pour » parlent du plaisir, de la liberté, du choix personnel et de la forte connexion avec l'autre (Carballo-Diéguez *et al.*, 2009; Saucier, 2013), tandis que les arguments « contre » discutent de relations à risque, de condoms et de responsabilité collective entre les membres (Carballo-Diéguez *et al.*, 2009). En contrepartie, une recherche a révélé que les utilisateurs d'Internet n'ont pas eu plus de RAR que ceux qui rencontrent hors Internet (Bolding *et al.*, 2005).

D'autres travaux (Bolding *et al.*, 2005 ; Davis *et al.*, 2006a) ont même contesté l'hypothèse que l'utilisation d'Internet pour rencontrer des partenaires sexuels est associée à une augmentation des RAR. Ces chercheurs ont rapporté qu'en se servant d'Internet, les HARSAH ont pu indiquer leurs préférences sexuelles dans leur communication, par exemple, le statut sérologique du partenaire recherché ou leur utilisation du condom ou non (Davis *et al.*, 2006a). Cela amène les HARSAH à discuter de sexualité et de prévention sexuelle (Davis *et al.*, 2006a) ainsi qu'à gérer les rencontres à leur rythme (Bolding *et al.*, 2005 ; Davis *et al.*, 2006a, 2006b). De plus, l'avantage principal nommé par différents HARSAH est l'anonymat (Bargh &

McKenna, 2004 ; Bolding *et al.*, 2007; Phillips II *et al.*, 2014; Rietmeijer *et al.*, 2001).

Des auteurs avancent que l'usage d'Internet est caractérisé par certains types d'utilisateurs (Klein, 2012 ; White *et al.*, 2012). Les résultats de l'étude de Klein (2012) ont démontré que 67,4 % des 332 participants recrutés sur le web révèlent chercher de la sexualité anonyme et être plus susceptibles d'avoir des RAR que les ceux qui n'aiment pas ce type de sexualité (Klein, 2012 ; White *et al.*, 2012). Ce type d'utilisateurs a plus d'attitudes négatives envers les condoms, un niveau inférieur d'auto-efficacité envers le condom et sent une fatigue en lien avec la prévention du VIH.

Les résultats de Grov (2012) ont avancé que les HARSAH qui trouvent leurs partenaires sexuels en ligne ont rapporté moins de relations anales comparativement aux HARSAH des saunas, mais qu'une plus grande proportion de celles-ci sont des RAR (19 vs 28 %). Downing (2012) a demandé aux participants de sa recherche de dire dans le dernier mois, à quelle fréquence ils ont cherché un partenaire sexuel sur Internet. Les résultats montrent deux groupes d'utilisation d'Internet, soit peu (une ou deux fois par semaine) et beaucoup (d'au moins deux à trois fois par semaine) (Downing, 2012). Le groupe d'HARSAH qui utilisaient fréquemment les sites web pour trouver des partenaires sexuels était associé avec plus de RAR et ceux-ci multipliaient les endroits fréquentés pour les trouver (saunas, gym, sex clubs, etc.) (Downing, 2012).

2.4.4 Les applications de géolocalisation

En 2009, les applications par géolocalisation ont fait leur apparition dans la communauté gaie (Beymer *et al.*, 2014). Ces applications de rencontres gaies ont permis aux utilisateurs enregistrés d'utiliser le système de positionnement global de leur téléphone intelligent (GPS) pour localiser et établir des contacts avec d'autres utilisateurs physiquement proches (Burrell *et al.*, 2012). Ces applications sont en forte hausse depuis quelques années chez les HARSAH (Beymer *et al.*, 2014 ; Holloway *et al.*, 2015; Grosskopf *et al.*, 2014 ; Rice, Holloway, Winetrobe, Rhoades, Barman-Adhikari, Gibbs, Carranza, Dent, et Dunlap, 2012).

Les résultats d'une étude ont avancé que les HARSAH qui utilisent ces applications s'identifient plus comme gais, ont plus souvent divulgué leur orientation sexuelle à autrui, se font plus dépister pour le VIH dans la dernière année, rapportent plus de symptômes dépressifs, et croient que leur dernier partenaire sexuel s'engage dans des partenariats simultanés (Phillips II *et al.*, 2014).

Après une comparaison des comportements sexuels de deux groupes d'HARSAH (les applications vs Internet), Phillips II *et al.* (2014) ont remarqué que les participants de la cohorte des applications par géolocalisation ont eu moins de RAR (25 %) que ceux via Internet (42 %). Une autre recherche faite auprès de jeunes HARSAH californiens a révélé que 59,8 % de ces répondants ont rapporté avoir utilisé un condom lors de leur dernière RA avec un partenaire rencontré sur les applications de géolocalisation comparativement à 41,9 % de ceux qui n'avaient pas rencontré via les applications (Rice *et al.*, 2012). Ils sont seulement 14,7 % des HARSAH de cette étude à rapporter des RAR avec leur dernier partenaire sexuel (Rice *et al.*, 2012).

Pourtant, d'autres recherches ont rapporté que les utilisateurs d'applications par géolocalisation ont reçu davantage de diagnostics d'ITS positifs que les non-utilisateurs (Beymer *et al.*, 2014 ; Halloway *et al.*, 2015). Une recherche faite auprès d'un échantillon de 7 184 HARSAH à Los Angeles a rapporté que les utilisateurs d'applications ont été testés positifs pour la gonorrhée et la chlamydia plus souvent et qu'ils ont rapporté un nombre total de partenaires sexuels et un nombre de RAR significativement plus élevés comparativement à ceux qui n'ont pas rencontré via les applications.

2.5 Le rôle de l'âge en lien avec les autres variables

2.5.1 L'âge, le sentiment d'appartenance à la communauté gaie et les relations sexuelles à risque

L'âge des HARSAH influence grandement les liens émotifs et sociaux que ceux-ci entretiennent avec la communauté gaie et avec les RAR. L'expérience des événements liés à la communauté est très différente (*coming-out*, vécu en lien avec l'épidémie du VIH, etc.) et dépend en partie de l'âge de ces hommes (CBRC, 2016 ; Goltz, 2014; (Lelutiu-Weinberger *et al.*, 2013). Une étude faite avec un échantillon d'HARSAH new-yorkais a examiné les effets modérateurs de l'âge sur trois prédicteurs psychosociaux de comportements à risque de contracter le VIH, ainsi que la consommation de substances (Lelutiu-Weinberger *et al.*, 2013). Leurs résultats indiquent que l'engagement dans la communauté gaie est positivement relié à la prise de risques sexuels des plus âgés, mais semble être un facteur de protection chez les plus jeunes (Lelutiu-Weinberger *et al.*, 2013). De plus, ils avancent que les HARSAH plus âgés sont plus susceptibles de faire face à l'anxiété par le biais de relations sexuelles à haut risque et de relations sexuelles sous influence de substances, alors

que les jeunes HARSAH adoptent différentes stratégies pour faire face à l'anxiété. Goltz (2014) a analysé les résultats issus d'une série d'ateliers d'écriture avec plusieurs HARSAH (5 entre 50 et 80 ans, et 5 entre 18 et 21 ans), dans le but d'explorer les tensions générationnelles entre les deux groupes d'HARSAH de la communauté gaie de Chicago. Leurs résultats révèlent que faire son *coming-out* en 1960-70 n'est pas la même chose qu'en 2014 et que les rapports intergénérationnels entre les membres de la communauté sont différents (Goltz, 2014). Selon cet auteur, l'avènement d'Internet, un meilleur accès aux services pour tous, les changements de valeurs ont modulé ces différences entre les générations (Goltz, 2014). Comparativement à leurs aînés, les jeunes sont plus confiants et satisfaits à l'égard de la vie hors de la communauté et ont une vision réductrice et négative de celle-ci (Goltz, 2014). Selon Goltz (2014) les tensions générationnelles sont ancrées dans des identités en contradiction : identité commune vs identité personnelle. Il ajoute que les interactions générationnelles sont cependant bénéfiques pour tous puisqu'elles permettent l'apport de connaissances et de visions différentes de la vie (Goltz, 2014). Une étude canadienne sur les parcours de vie et la santé des hommes gais, faite auprès de plus de 8 000 HARSAH canadiens (CBRC, 2016). Cette étude a observé les HARSAH par génération en comparant l'identité, le mode de vie, les valeurs, ainsi que les activités sexuelles entre chacune (CBRC, 2016). Dans cette recherche, le temps passé avec d'autres hommes gais est un indicateur durable de liens sociaux et d'engagement communautaire (CBRC, 2016). Leurs résultats démontrent que c'est le groupe d'âge des 25-34 ans qui est le plus impliqué dans la communauté gaie (CBRC, 2016). Ces auteurs avancent l'explication suivante : le nombre élevé d'HARSAH bisexuel (33 %) dans les cohortes des plus âgées diminue l'influence de la communauté pour les HARSAH de ces cohortes (CBRC, 2016). La cohorte de la génération « fierté gaie » (60 ans et plus) est la plus engagée dans l'usage du condom et celle du « mariage gai » (25 ans et moins) est celle qui se fait le moins dépister

(CBRC, 2016). Comparativement, la génération de la « trithérapie » (25-34 ans) est celle qui se fait le plus dépister et qui a le taux de chlamydia et de gonorrhée le plus élevé (CBRC, 2016). Une étude quantitative faite auprès d'un échantillon de 2 500 HARSAH australiens démontre des différences générationnelles au niveau des pratiques sexuelles (Van de Ven *et al.*, 1997). Leurs résultats démontrent que les plus impliqués sexuellement sont les 25-29 ans. En contrepartie, un déclin des comportements sexuels est perçu plus l'âge avance et surtout chez les HARSAH de cinquante ans et plus (Van de Ven *et al.*, 1997). Plus près de nous, 27 % des HARSAH montréalais du groupe des 18-25 ans ont rapporté avoir eu RAR une fois ou plus avec un partenaire occasionnel vs 20 % des 25 ans et plus (INSPQ, 2013).

D'autres chercheurs ont examiné les effets de l'âge en lien avec trois prédicteurs, soit l'anxiété, le trauma gai et le sentiment d'appartenance à la communauté gaie, sur les prises de risques sexuels et de consommation de drogues des HARSAH (Lelutiu-Weinberger *et al.*, 2013). Ces chercheurs ont établi des liens différents entre le SACG et les RAR selon l'âge des HARSAH (Lelutiu-Weinberger *et al.*, 2013). Selon leurs résultats, un grand SACG protège significativement les jeunes HARSAH des RAR, mais pas les HARSAH plus âgés ($B = 0,20$, $\exp B = 1,2$, IC 95 %, 1,0 – 1,5, $p < 0,05$) (Lelutiu-Weinberger *et al.*, 2013). Ces auteurs ont proposé la piste de réflexion suivante : l'amélioration de la qualité de vie ainsi que des traitements du VIH diminuent l'effet protecteur que joue la communauté gaie pour les HARSAH plus âgés.

2.5.2 L'âge, les lieux et contextes de rencontres et les relations sexuelles à risque

Certaines études ont avancé que la majorité des HARSAH de leur échantillon qui fréquentent les bars ou clubs ont entre 18 et 24 ans et rapportent plus de RAR dans les douze derniers mois comparativement au HARSAH plus âgés (Rhodes *et al.*, 2002) Une recherche a utilisé une analyse de réseaux basée sur le lieu pour décrire les connexions entre les lieux sociaux fréquentés par les jeunes HARSAH de Los Angeles (Holloway, Rice, Kipke, 2014). Les bars et les clubs ont compté pour 65,4 % des endroits les plus fréquentés par les jeunes HARSAH qui ont en moyenne 20,17 ans (E.T. = 1,56) (Holloway, Rice, Kipke, 2014).

Des études ont rapporté que les participants qui rencontrent dans les saunas sont plus âgés comparativement à ceux qui rencontrent dans d'autres lieux ou contextes (CBRC, 2016 ; Grov, 2012; Jacobs *et al.*, 2012). Dans leur étude comparative entre deux saunas, la moyenne d'âge des HARSAH qui les fréquentent est assez élevée, soit de 36 ans ($ET = 8,6$) et de 38 ans ($ET = 8,5$) (Mutchler *et al.*, 2003).

Pour ce qui est de la recherche de partenaires sexuels sur les sites Internet, certains auteurs avancent que les HARSAH plus âgés sont plus nombreux à les utiliser (Bull *et al.*, 2001; Rhodes *et al.*, 2002). Ces auteurs expliquent que les HARSAH plus âgés adoptent Internet comme un endroit sécuritaire, sans crainte de conséquences sociales négatives. En comparaison, les résultats de Card *et al.* (2016) établissent un lien entre le jeune âge, avoir beaucoup d'amis gais sur les réseaux sociaux et le recherche des partenaires sexuels en ligne.

Burrell *et al.* (2012) ont comparé deux cohortes d'HARSAH, une recrutée sur *Grindr* et l'autre dans un organisme communautaire et un site Internet. Leurs résultats et

ceux de plusieurs autres démontrent que les HARSAH qui utilisent davantage les applications de géolocalisation sont significativement plus jeunes que ceux qui utilisent d'autres moyens/endroits de rencontre de partenaires sexuels (Beyer *et al.*, 2014; Burrell *et al.*, 2012; CBRC, 2016; Grosskopf *et al.*, 2014; Holloway *et al.*, 2015; Landovitz *et al.*, 2012; Phillips II *et al.*, 2014; Rice *et al.*, 2012). La plus simple explication pour ces résultats est que les jeunes HARSAH possèdent plus de connaissances technologiques que les plus âgés (Grosskopf *et al.*, 2014; Holloway *et al.*, 2015) et qu'ils adoptent en plus grande majorité les applications pour faciliter les rencontres sexuelles et sociales (Burrell *et al.*, 2012; Landovitz *et al.*, 2012; Phillips II *et al.*, 2014). D'autres auteurs soulignent que les jeunes utilisateurs des applications s'en servent autant pour socialiser avec des amis et se divertir que pour trouver des partenaires sexuels (Holloway *et al.*, 2015; Landovitz *et al.*, 2012; Rice *et al.*, 2012). Beymer *et al.* (2014) constatent que les participants qui utilisent les applications sont plus jeunes et ont plus de chances de tester positifs pour la gonorrhée et la chlamydia comparativement à ceux qui rencontrent par Internet ou ailleurs. Les résultats de Rice *et al.* (2012), indiquent un lien entre la recherche de partenaires sexuels sur les applications et une augmentation du nombre total de partenaires sexuels au cours de leur vie.

2.6 Objectifs et hypothèses de recherche

L'objectif général de ce mémoire est de mieux comprendre l'influence du sentiment d'appartenance à la communauté gaie sur l'occurrence des RAR chez les HARSAH ayant fréquenté un site communautaire de dépistage rapide du VIH à Montréal. L'hypothèse principale que nous postulons est que les RAR (avoir eu au moins une

relation anale sans condom avec un partenaire de statut inconnu ou positif avec une charge virale détectable ou inconnue au cours des trois derniers mois) varient selon les lieux et contextes de rencontres (bars gais, saunas, sites web de rencontres et applications de géolocalisation) des HARSAH, et dont l'exposition à ces lieux et contextes varie en fonction du sentiment d'appartenance à la communauté gaie (SACG).

Spécifiquement, nous avons testé les hypothèses suivantes, en contrôlant pour l'âge des répondants :

1. Le SACG augmente significativement et directement l'occurrence des RAR chez les HARSAH.
2. Le SACG augmente significativement et indirectement l'occurrence des RAR chez les HARSAH via les lieux et contextes de rencontre :
 - 3.1. Les HARSAH qui présentent un SACG plus élevé sont plus susceptibles de rencontrer leurs partenaires sexuels dans les bars gais ;
 - 3.2. Les HARSAH qui présentent un SACG plus élevé sont plus susceptibles de rencontrer leurs partenaires sexuels dans les saunas ;
 - 3.3. Les HARSAH qui présentent un SACG plus élevé sont plus susceptibles de rencontrer leurs partenaires sexuels sur les sites web de rencontres ;
 - 3.4. Les HARSAH qui présentent un SACG plus élevé sont plus susceptibles de rencontrer leurs partenaires sexuels sur les applications de géolocalisation;
 - 3.5. L'occurrence de RAR est plus élevée chez les HARSAH qui rencontrent leurs partenaires sexuels dans des bars

- 3.6. L'occurrence de RAR est plus élevée chez les HARSAH qui rencontrent leurs partenaires sexuels dans des saunas;
- 3.7. L'occurrence de RAR est plus élevée chez les HARSAH qui rencontrent leurs partenaires sexuels sur les sites web de rencontre;
- 3.8. L'occurrence de RAR est plus élevée chez les HARSAH qui rencontrent leurs partenaires sexuels sur les applications de géolocalisation

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre vise à présenter la méthodologie de ce mémoire. Le projet SPOT sera d'abord présenté puisque les données proviennent de cette recherche. Ensuite, les participants ainsi que les instruments de mesure utilisés seront détaillés. Les variables sociodémographiques et la variable dépendante des répondants seront décrites, puis suivront les variables. Finalement, les analyses et les considérations éthiques concluront ce chapitre.

3.1 Le projet SPOT

Les données utilisées pour tester nos hypothèses sont des données recueillies dans le cadre du projet SPOT, une recherche interventionnelle qui a rassemblé plusieurs acteurs importants montréalais et qui est née du besoin de diversifier l'offre de dépistage du VIH pour les HARSAH. Pour se faire, une équipe multidisciplinaire de chercheurs de différents domaines, soit la virologie, la sexologie et l'intervention communautaire s'est formée. Le but de cette recherche communautaire participative était de réduire la transmission du VIH chez les HARSAH par l'amélioration de l'accès au dépistage et la prise en charge rapide des cas réactifs au VIH. Pour pouvoir atteindre cette population, le projet SPOT a donc été mis sur pied dans un local discret au cœur du Village gai de Montréal et dans deux cliniques médicales déjà existantes. SPOT offrait aux HARSAH un dépistage rapide du VIH, gratuit et anonyme. L'objectif principal de SPOT était de diminuer l'occurrence des relations

anales non protégées avec partenaire sérodifférent ou séroinconnu. Le projet SPOT comprenait trois vagues différentes. La première a eu lieu de juillet 2009 à avril 2011, la seconde de mai 2011 à juillet 2012 et la dernière vague de juillet 2013 à mai 2016. L'objectif de cette troisième et dernière vague était de documenter la réduction des pratiques sexuelles à risque (RAR) et les changements dans les déterminants de ces pratiques. Les données qui ont servi aux analyses dans ce mémoire proviennent de cette dernière vague.

3.2 Les participants

La population visée était les HARSAH séronégatifs ou de statut sérologique inconnu. Pour être inclus dans le projet, les participants devaient avoir au moins 18 ans, résider au Québec, avoir eu des relations sexuelles avec un homme sérodifférent ou séroinconnu dans les douze derniers mois, avoir un statut sérologique au VIH négatif ou inconnu, parler français ou anglais et avoir été actifs sexuellement dans les trois derniers mois. L'échantillon était un échantillon de convenance non probabiliste, auto sélectionnée. Il s'agissait donc d'HARSAH ayant fréquenté un site communautaire de dépistage rapide du VIH.

3.3 Procédures

Pour se faire dépister à SPOT, les hommes devaient appeler pour prendre rendez-vous ou se présenter sur place durant les heures d'ouverture. Les rencontres étaient structurées en plusieurs étapes, tout d'abord l'intervenant expliquait la recherche et

vérifiait les critères d'inclusion. Ensuite, le participant lisait et signait le formulaire de consentement (Annexe B). Puis, selon une assignation aléatoire, le participant rencontrait un infirmier pour un counseling standard ou il rencontrait un intervenant et un infirmier qui utilisaient un counseling avec l'entretien motivationnel. Le choix du type de test de dépistage du VIH était à la discrétion du participant, soit rapide ou standard et ceci déterminait si le résultat était donné à la fin de la rencontre ou si un rendez-vous était pris trois semaines plus tard. Cependant, la majorité des répondants, précisément 95,9 % ont choisi le test de dépistage rapide.

La première partie du questionnaire de recherche était remplie avec l'infirmier ou l'intervenant. Le dépistage était ensuite fait avec un infirmier. La deuxième et dernière partie du questionnaire était auto administrée. Dans le cas du dépistage rapide, un counseling post-test était fait, c'est-à-dire que les résultats étaient remis et expliqués, un retour était fait sur les stratégies de réduction des risques et des références étaient données en cas de besoin. Les résultats réactifs au VIH étaient confirmés par le laboratoire de santé publique du Québec ou par le McGill AIDS Centre. La durée moyenne pour répondre au questionnaire variait entre vingt à quarante minutes.

Pour cette troisième vague, le questionnaire était rempli à quatre reprises s'étalant dans le temps, avant le dépistage (T0), après le dépistage (T1), après trois mois (T2) et après six mois (T3). Seules les données du temps T0 ont été utilisées pour ce mémoire. Les données ont été saisies pour le logiciel d'analyse SPSS par des assistants de recherche. Afin de s'assurer de la fiabilité de la saisie, une double saisie a été réalisée.

3.4 Instruments de mesure

Le questionnaire a été créé par l'équipe de recherche de SPOT. Le questionnaire était composé de deux sections, la première était remplie avant le dépistage et la seconde après celui-ci. La première partie évaluait les risques et les comportements sexuels, les contextes de prise de risque et explorait l'usage de diverses stratégies de réduction des risques. Les données de ce mémoire proviennent de cette section qui est composée de plusieurs sous-sections : A. Données sociodémographiques ; B. Dépistage du VIH ; C. Vie sexuelle ; D. Recours aux professionnels de la santé, etc. ; E. Recours aux prophylaxies pré et post exposition ; F. Profil psychologique ; G. Profil sociosexuel ; H. Recours à diverses stratégies pour réduire ses risques de contracter le VIH ; I. Trousse de dépistage du VIH à utiliser à la maison (autotest). La seconde partie (après le dépistage) portait sur la satisfaction du participant en lien avec l'accueil, les procédures de prétest et le test de dépistage.

3.4.1 Variables sociodémographiques

Les données sociodémographiques utilisées dans ce mémoire portaient sur l'âge, le lieu de naissance, la scolarité, le revenu, l'orientation sexuelle et le statut relationnel.

L'âge des participants a été obtenu par la question suivante : « Quelle est votre date de naissance? ». Ensuite, une variable à trois catégories a été construite comme ceci : « 1. 18 à 24 ans; 2. 25 à 29 ans; 3. 30 ans et plus ».

La question sur le lieu de naissance était : « Où êtes-vous né ? ». Le choix de réponses était le suivant : « 1. Au Québec ; 2. Ailleurs au Canada ; 3. Dans un autre pays, lequel ? ». Ces réponses ont été recodifiées en variable dichotomique : « 0. Né au Québec ou ailleurs au Canada ; 1. Né ailleurs ».

Pour connaître le niveau de scolarité, la question suivante était posée : « Quel est le diplôme (ou certificat ou grade) d'études le plus élevé que vous avez obtenu ? ». Le choix de réponses était le suivant : « 1. Aucun diplôme ; 2. Diplôme d'études secondaires (DES) ; 3. Diplôme d'études collégiales (DEC) ; 4. Certificat universitaire ; 5. Baccalauréat ; 6. Maîtrise ; 7. Doctorat ; 8. Diplôme d'institut technique ; 9. Diplôme d'études professionnelles (DEP) ; 10. Autres (précisez) ». Ces réponses ont été recodifiées dans une variable dichotomique, soit les études inférieures ou égales à un DEC « 0. Moins d'un DEC » ; et les études supérieures au DEC : « 1. DEC et plus ».

Pour connaître le revenu, la question suivante était posée : « Quel était approximativement votre revenu personnel total de l'an dernier, avant impôt ? ». Le choix de réponses était le suivant : 1. Aucun revenu personnel ; 2. 1 \$ - 9999 \$; 3. 10 000 – 19 999 \$; 4. 20 000 – 29 999 \$; 5. 30 000 – 39 999 \$; 6. 40 000 – 49 999 \$; 7. 50 000 – 59 999 \$; 8. 60 000 – 69 999 \$; 9. 70 000 – 79 999 \$; 10. 80 000 \$ ou plus ; 11. Ne veut pas répondre ». Ces réponses ont été recodifiées en variable catégorielle de trois catégories, soit : « 0. 0- 29 999 \$; 1. 30 000 et plus ; 2. Préfère ne pas répondre ».

Pour connaître leur orientation sexuelle, la question suivante était posée : « Comment définissez-vous votre orientation sexuelle ? ». Le choix de réponses était le suivant : « 1. Homosexuel ; 2. Bisexuel ; 3. Hétérosexuel ou *straight* ; Bispirituel ; 5. En

questionnement ; 6. Autre (précisez) ». Ces réponses ont été recodifiées en variable catégorielle de quatre catégories, soit : « 0. Homosexuel ; 1. Bisexuel ; 2. Hétérosexuel, 3. Autre ».

Finalement, pour connaître le statut relationnel des participants, cette question était posée : « Êtes-vous en couple actuellement ? ». Le choix de réponses était : « 0. Non ; 1. Oui ».

3.4.2 Variable dépendante

La variable dépendante était les RAR et regroupait plusieurs questions. Une première question portait sur la « fréquence moyenne des relations sexuelles (orales ou anales) avec un partenaire masculin » au cours des trois derniers mois. Les choix de réponses portaient de « 1. Vous n'avez pas eu de relations sexuelles avec des partenaires masculins au cours des trois derniers mois » à « plus de trois fois par semaine ». Cette variable a été dichotomisée pour différencier les participants qui n'ont pas eu de relation sexuelle au cours des trois derniers mois de ceux qui en ont eu au moins une. Ensuite, les trois questions suivantes demandaient si : « Au cours des trois derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles anales complètes ou partielles, données ou reçues, avec ces partenaires ... ? ». Pour ces questions, seul le choix du partenaire changeait soit : « de statut sérologique inconnu/incertain », « séropositif dont la charge virale était inconnue », « séropositif dont la charge virale était détectable ». Si la réponse était oui, deux questions leur étaient posées : « Avec ces partenaires, avez-vous eu les comportements suivants : a) mis votre pénis dans leur anus (pénétration partielle ou complète) (actif/top) ? » et b) « vous faire mettre leur pénis dans votre anus (pénétration partielle ou complète) (passif/bottom) ? ». Si les réponses étaient

oui, il était demandé de répondre à deux autres questions : « Avec quelle proportion de ces partenaires avez-vous eu cette pratique ? » et « Pour quelle proportion de ces relations avez-vous utilisé le condom ? ». Les choix de réponses étaient les mêmes pour les deux questions, soit : 1- la minorité à 4-tous. Finalement, ces questions ont été recodées dans des variables dichotomiques « 0. Non ; 1. Oui ». Les réponses positives permettaient d'identifier les participants ayant eu au moins une relation anale sans condom avec un partenaire de statut inconnu ou positif avec une charge virale détectable ou inconnue au cours des trois derniers mois. Ces réponses représentent la variable dépendante de cette recherche, soit les RAR.

3.4.3 Variables indépendantes

Les variables indépendantes étaient le SACG, ainsi que les lieux et contextes de rencontres ; les bars, les saunas, les sites Internet et les applications par géolocalisation.

L'échelle du SACG a été créée par l'équipe de recherche de SPOT. Le SACG a été mesuré par quatre énoncés : « a) Vous considérez que vous faites partie de la communauté LGBTQ (lesbienne, gaie, bisexuelle, trans, *Queer*) ; b) Participer aux activités de la communauté LBGTQ est une chose positive pour vous ; c) Vous avez un sentiment d'appartenance à la communauté LGBTQ ; d) Faire partie de la communauté LGBTQ est un aspect important de votre identité ». Les choix de réponses étaient des échelles de *Likert* en sept points : de « vous n'êtes pas du tout comme ça » à « vous êtes tout à fait comme ça ». Une variable continue a été créée

avec le total des scores de chaque énoncé du SACG. La cohérence interne de cette échelle a été calculée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Les résultats indiquent que la consistance interne de l'échelle est satisfaisante, obtenant un coefficient de 0,89.

Au niveau des lieux et contextes de rencontres, les participants devaient répondre à la question suivante : « Au cours des trois derniers mois, quelle proportion de vos partenaires sexuels masculins avez-vous rencontrée de la façon suivante? ». Les réponses étaient fournies dans une échelle de *Likert* en cinq points, soit : « 0. Aucun », à « 5. Tous ». Les choix de lieux et contextes étaient les suivants : « a) dans un bar; b) dans un sauna; c) par un site Internet (p. ex. Gay411); d) avec une application pour cellulaire (p. ex. *GRINDr*) ». Les variables ont ensuite été recodées en quatre variables dichotomiques. Les choix de réponses « 1. Minorité » jusqu'à « 5. Tous » devenaient « 1. Oui » et le choix « 0. Aucun » devenait « 0. Non ». Les variables positives ont servi à identifier les participants qui ont rencontré au moins un partenaire dans l'un ou l'autre des lieux ou contextes au cours des trois derniers mois.

3.5 Analyses

Premièrement, des analyses descriptives ont été réalisées pour permettre la description de l'échantillon. Il s'agit d'analyses de fréquences, de proportions, de moyennes et d'écart-types avec les variables sociodémographiques caractérisant des HARSAH ayant fréquenté un site communautaire de dépistage rapide du VIH.

Tableau 3.1 Choix de tests univariés

		Tests exécutés
Sentiment d'appartenance à la communauté gaie (SACG) (Variable continue)	Bars Saunas Sites web Applications RAR (Variables dichotomiques)	Tests de <i>t Student</i> pour échantillon indépendant
Relations sexuelles à risque (RAR) (Variable dichotomique)	Bars Saunas Sites web Applications (Variables dichotomiques)	Test de chi-carré de Pearson
Âge (Variable continue)	Bars Saunas Sites web Applications RAR (Variables dichotomiques)	Tests de <i>t Student</i> pour échantillon indépendant
Sentiment d'appartenance à la communauté gaie (SACG) (Variable continue)	Âge (Variable continue)	Corrélation de Pearson

Deuxièmement, des tableaux croisés ont été réalisés pour connaître la différence entre le SACG et les RAR en tenant compte des trois catégories d'âge des HARSAH qui sont allés dans un site communautaire de dépistage rapide du VIH. En premier lieu, pour examiner les relations entre le SACG en fonction des lieux de rencontres des partenaires sexuels, des tests *t* de *Student* pour échantillons indépendants ont été exécutés. En deuxième lieu, des tests de chi-carré de Pearson ont été effectués pour explorer les associations entre les RAR (oui, non) avec la fréquentation (oui, non) des

lieux et contextes de rencontres de partenaires sexuels. En dernier lieu, des tests de *t* de *Student* pour échantillons indépendants ont été réalisés pour comparer l'âge des HARSAH en fonction des lieux ou contextes de rencontre de partenaires sexuels.

Troisièmement, un modèle de médiation multiple a été créé avec le SACG, les lieux et contextes de rencontres en lien avec le RAR, en contrôlant pour l'âge des répondants (Figure 1) (Baron et Kenny, 1986; James et Brett, 1984; Judd et Kenny, 1981; Preacher et Hayes, 2008). Cette médiation multiple a permis de connaître la contribution des lieux et contextes de rencontres et du SACG pour expliquer les RAR chez les HARSAH fréquentant un site communautaire de dépistage du VIH.

3.6 Considérations éthiques

La confidentialité et l'anonymat des participants ont été respectés tout au long du processus. Lors de l'entretien prétest, les participants lisaient et signaient le formulaire de consentement (Annexe B). Un code unique était alors attribué à ce participant pour préserver l'anonymat de celui-ci. Les avantages de cette recherche ont été présentés aux participants. Ils ont eu accès à des intervenants qualifiés avec qui ils ont pu faire le point sur leur santé sexuelle et les dépistages qu'ils voulaient recevoir. Il a pu être bénéfique pour les participants de connaître leur statut sérologique au VIH et leur statut en ce qui concerne d'autres ITSS. Certains risques ont aussi été expliqués aux participants. Les prises de sang pour le dépistage du VIH et des ITSS ne causaient pas de problèmes graves la plupart du temps, mais pouvaient entraîner des évanouissements, des étourdissements et rarement des dommages au nerf, de même que des saignements, des ecchymoses (bleus), des infections, ou une

douleur au point de pique. Bien qu'extrêmement rare, la possibilité d'un résultat faussement négatif ou faussement positif du dépistage pour le VIH était aussi un risque. La nature très privée des questions posées a pu ébranler des participants. En cas de résultat positif au VIH, l'équipe a donné les explications nécessaires et a assuré un soutien personnalisé.

Les questionnaires ont été gardés dans une enveloppe scellée et transférés à la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé de l'UQAM où des assistants de recherche entraient les données dans le logiciel SPSS. Les copies papier ont été gardées dans des classeurs barrés à la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé de l'UQAM. Les formulaires de consentement, les fiches de suivi et les enregistrements numériques seront détruits deux ans après la fin du projet. Les questionnaires seront détruits dix ans après la fin du projet.

Le projet SPOT a reçu l'approbation d'éthique conforme aux exigences des institutions partenaires du projet (Université du Québec à Montréal, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Université Concordia et Université McGill) (annexe A).

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

La présente section présente les résultats des analyses statistiques permettant de décrire l'échantillon et de tester nos hypothèses de recherche. Ce mémoire avançait l'hypothèse principale que les RAR chez les HARSAH (soit avoir eu au moins une relation anale sans condom avec un partenaire de statut inconnu ou positif avec une charge virale détectable ou inconnue au cours des trois derniers mois) varient selon les lieux et contextes de rencontres (bars gais, saunas, sites web de rencontres et applications de géolocalisation) dont l'exposition varie en fonction du sentiment d'appartenance à la communauté gaie (SACG). Il sera d'abord question des caractéristiques des participants, puis des tests bivariés qui comparent les variables d'intérêt en fonction des lieux et contextes de rencontre des partenaires sexuels ainsi qu'en fonction de l'âge des participants. Le modèle de médiation est ensuite présenté pour documenter les relations entre le SACG, les lieux et contextes de rencontre de partenaires sexuels et les RAR.

4.1 Caractéristiques des participants

Le tableau 4.1 présente les caractéristiques des participants de cette étude. L'échantillon était composé de 1144 HARSAH qui avaient en moyenne 31,72 ans (E.T.=10,05). La moitié des participants étaient nés au Québec. Ils s'identifiaient en majorité comme gais ou homosexuels (85,0 %) et 59,8 % étaient célibataires. Près de 81 % (80,7 %) des participants avaient au moins un diplôme collégial, et 48,2 % rapportaient un revenu annuel de 30 000 \$ et plus.

Tableau 4.1 Caractéristiques des participants recrutés à SPOT et ayant eu des relations sexuelles à risque dans les trois derniers mois

Variables		% (n)	<i>E.-T.</i>
Âge	18-24	26,5 % (303)	
	25-29	25,4 % (290)	
	30 et +	48,1 % (550)	
Lieux de naissance	Québec ou ailleurs au Canada	52,3 % (598)	
	Autres pays	47,7 % (545)	
Orientation sexuelle	Gais	85,0 % (972)	
	Bisexuels	12,2 % (139)	
	Hétérosexuels	0,5 % (6)	
	Autres	2,3 % (26)	
Statut relationnel	Célibataire	59,8 % (739)	
	En couple	40,2 % (497)	
Scolarité	Moins d'un DEC	19,1 % (218)	
	DEC et +	80,7 % (922)	
Revenu	0 à 29 999\$	47,3 % (541)	
	30 000 et +	48,2 % (551)	
	Préfère ne pas répondre	4,5 % (51)	
Relation anale à risque	Non	61,8 % (706)	0,482
	Oui	38,2 % (437)	0,482
Lieux ou contexte de rencontres	Bars	21,8 % (250)	1,023
	Saunas	13,8 % (158)	0,894
	Sites web	31,8 % (364)	1,390
	App de géolocalisation	45,9 % (525)	1,602
Sentiment d'appartenance à la communauté gaie	Vous considérez que vous faites partie de la communauté LGBTQ	4,66	1,986
	Participer aux activités de la communauté LGBTQ est une chose positive pour vous	4,22	1,941
	Vous avez un sentiment d'appartenance envers la communauté LGBTQ	4,04	1,943
	Faire partie de la communauté LGBTQ	3,58	2,009

est un aspect important de votre identité		
Score moyen à l'engagement envers la communauté LGBTQ	4,12	1,700

Note : n = nombre; M = moyenne; E.-T. = écart-type

4.2 Variables d'intérêt

Nous avons d'abord testé les relations entre le SACG en fonction des lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels (voir tableau 4.2). Les tests montraient une variation significative du SACG selon que les répondants avaient rencontré ou non leurs partenaires sexuels dans les bars et les saunas, mais pas pour les sites web et les applications de géolocalisation. Les HARSAH qui avaient rencontré, au cours des trois mois précédant l'étude, au moins un de leurs partenaires sexuels dans les bars rapportait un SACG plus élevé en comparaison avec ceux qui ont répondu par la négative ($M = 4,40$, E.T. = 1,70 c. $M = 4,05$, E.T. = 1,67, $p < 0,005$). Les HARSAH qui avaient rencontré au moins un de leurs partenaires sexuels dans les saunas rapportaient une valeur moyenne du SACG plus élevée en comparaison avec ceux qui ont répondu par la négative ($M = 4,40$, E.T. = 1,73 c. $M = 4,08$, E.T. = 1,69, $p < 0,03$).

Nous avons, dans un deuxième temps, examiné les relations entre les RAR en fonction des lieux de rencontres des partenaires sexuels (voir tableau 4.2). Les tests de chi-carré montrent que les HARSAH qui ont rencontré au moins un de leurs partenaires sexuels dans les saunas sont proportionnellement plus nombreux à avoir eu des RAR comparativement à ceux qui n'en avaient pas rencontré dans ces lieux

(47,5 % c. 35 %, $p < 0,0001$). De plus, les HARSAH qui ont rencontré au moins un de leurs partenaires sexuels sur les sites web sont proportionnellement plus nombreux à avoir eu des RAR que ceux qui n'en avaient pas rencontré dans ces lieux (42,9 % c. 33,9 %, $p < 0,0001$). Aucune différence significative n'a été observée pour les HARSAH qui ont rencontré au moins un de leurs partenaires sexuels dans les bars ou sur les applications de géolocalisation en comparaison avec ceux qui n'en avaient pas rencontré dans ces lieux.

Tableau 4.2 Analyses des variables d'intérêt

Lieux et contexte de rencontres des partenaires	%	Sentiment d'appartenance à la communauté gaie (moyenne)		Relations anales à risque (Oui)		Âge (continu)	
		(n)	M (É-T)	<i>t student</i> (ddl), <i>p</i>	% (n)	χ^2 (1), <i>p</i>	M (E.-T.)
Bar							
Oui	21,90 (250/1143)	4,39 (1,70)	-2,84, (1141,00), 0,005*	41,20 (103/250)	2,73, 0,10	30,18 (8,92)	2,98 (451,74), 0,006*
Non	78,1 (893/1143)	4,050 (1,67)		35,50 (317/893)		32,15 (10,30)	
Sauna							
Oui	13,80 (158/1143)	4,40 (1,73)	-2,23, (1141,00), 0,026*	47,50 (75/158)	9,07, <0,0001*	38,00 (11,76)	-7,40 (190,26), <0,0001*
Non	86,20 (985/1143)	4,08 (1,69)		35,00 (345/985)		30,71 (9,37)	
Site web							
Oui	31,80 (364/1143)	4,17 (1,74)	-0,59, (1141,00), 0,56	42,90 (156/364)	8,58, <0,0001*	34,73 (10,81)	-6,71 (625,21), <0,0001*
Non	68,15 (779/1143)	4,10 (1,68)		33,90 (264/779)		30,31 (9,35)	
Application de géolocalisation							
Oui	45,90 (525/1143)	4,16 (1,66)	-0,81, (1135,68), 0,42	37,30 (196/525)	0,14, 0,71	29,42 (7,56)	7,51 (1080,17), <0,0001*
Non	54,07 (618/1143)	4,09 (1,72)		36,20 (224/618)		33,67 (11,40)	

Notes: Sentiment d'appartenance à la communauté gaie : de 1 à 7; E.-T. = Écart type; Z = score Z; IC = Intervalle de confiance ; * statistiquement significatif

Nous avons enfin étudié les relations entre l'âge des HARSAH en fonction des lieux de rencontres des partenaires sexuels par des tests *t* de *Student* pour échantillons indépendants (voir tableau 4.2). Les tests *t* réalisés pour comparer l'âge des HARSAH en fonction de leur usage ou non des lieux et contextes étudiés pour rencontrer des partenaires sexuels montrent des résultats significatifs. Les HARSAH qui ont rencontré dans les bars étaient plus jeunes comparativement à ceux qui n'avaient pas rencontré de partenaires dans les bars au cours des trois mois précédant l'étude ($M = 30,18$, $E.T. = 8,92$ c. $M = 32,15$, $E.T. = 10,30$, $p < 0,0001$). Les HARSAH qui ont rencontré dans les saunas étaient plus âgés comparativement à ceux ne rencontrant pas dans les saunas ($M = 38,00$, $E.T. = 11,76$ c. $M = 30,71$, $E.T. = 9,37$, $p < 0,0001$). Les HARSAH qui ont rencontré sur les sites Internet étaient plus âgés comparativement à ceux qui ne rencontraient pas sur les sites Internet ($M = 34,73$, $E.T. = 10,81$ c. $M = 30,31$, $E.T. = 9,35$, $p < 0,0001$). Les HARSAH qui ont rencontré par les applications de géolocalisation étaient plus jeunes comparativement à ceux qui ne rencontraient pas par les applications de géolocalisation ($M = 29,42$, $E.T. = 7,56$ c. $M = 33,67$, $E.T. = 11,40$, $p < 0,0001$).

4.3 Modèle de médiation

Les résultats du modèle de médiation visant à expliquer les liens entre le SACG, les lieux et contextes de rencontre de partenaires sexuels et les RAR sont présentés dans le tableau 4.3 cette trajectoire, nommée trajectoire *a* (voir Figure 1), désigne les liens entre le SACG selon les lieux et contextes de rencontres de partenaires sexuels. Plus les participants présentaient un SACG élevé, plus ils étaient susceptibles d'avoir rencontré au moins un de leurs partenaires sexuels dans les lieux et contextes de

rencontres suivants : les bars ($B = 0,073$, E.T. = 0,024, IC 95 %, 0,044, 0,109), les saunas ($B = 0,062$, E.T. = 0,021, IC 95 %, 0,037, 0,091), et les sites Internet ($B = 0,012$, E.T. = 0,019, IC 95 %, 0,014, 0,021). Seules les applications de géolocalisation avaient des résultats non significatifs. Les coefficients significativement différents de zéro demeuraient très faibles.

Tableau 4.3 Résultats des tests de médiation

Médiateurs	Trajectoire <i>a</i> du sentiment d'appartenance à la communauté gaie (E.T.)	IC 95 % corrigé	Trajectoire <i>b</i> aux Relations anales à risque (E.T.)	IC 95 % corrigé
Bars gais	0,073 (0,024)*	0,044, 0,109	0,106 (0,054)*	0,022, 0,163
Saunas	0,062 (0,021)*	0,037, 0,091	0,131 (0,083)*	0,103, 0,331
Site web	0,012 (0,019)*	0,014, 0,021	0,141 (0,073)*	0,063, 0,272
Application de géolocalisation	0,022 (0,033)	-0,006, 0,085	0,092 (0,037)*	0,059, 0,103

Note : E.T. = Erreur type; IC = Intervalle de confiance ; *statistiquement significatif. Tous les coefficients ont été ajustés pour l'âge.

Les résultats des analyses de la trajectoire *b* (voir figure 1) décrivent les liens entre les lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels et les RAR, et sont aussi décrits dans le tableau 4.3 Les HARSAH qui ont rapporté avoir rencontré au moins un de leurs partenaires sexuels dans les bars ($B = 0,106$, $ET = 0,054$, IC 95 %, 0,022, 0,163), dans les saunas ($B = 0,131$, E.T. = 0,083, IC 95 %, 0,103, 0,331), sur les sites web ($B = 0,141$, E.T. = 0,073, IC 95 %, 0,063, 0,272) et les applications de géolocalisation ($B = 0,092$, E.T. = 0,037, IC 95 %, 0,059, 0,103), avaient une

probabilité plus grande de rapporter des RAR. Toutefois, la taille de ces coefficients, bien que significativement différente de zéro, était très faible. En ce qui concerne l'effet direct entre le SACG et les RAR, il n'était pas statistiquement significatif ($B = -0,024$, E.T. = 0,029, IC 95 %, -0,081, 0,004). La variance expliquée des RAR par ce modèle était de 6 %.

4.4 Les effets indirects totaux

La somme des effets totaux entre le SACG et le RAR sont exposés dans le tableau 4.4 et il s'agit de la trajectoire *c* dans la figure 1. Tous les coefficients des effets indirects des lieux et contextes de rencontre dans la relation entre le SACG et les RAR sont statistiquement différents de zéro (les intervalles de confiance corrigés excluant la valeur zéro). De même, la somme des effets indirects est statistiquement différente de zéro (produit des coefficients pour la somme des effets indirects = 0,020, E.T. = 0,014, IC 95 %, 0,010, 0,025). Néanmoins, tous ces effets sont extrêmement faibles même s'ils sont statistiquement significatifs. Il y a donc un effet indirect du SACG sur les RAR, mais très faible.

Tableau 4.4 Les effets indirects du SACG sur les RAR

Médiateurs	Produit des coefficients (E.T.)	Z	IC 95 % corrigés
Bars gais	0,008 (0,060)	1,342	0,001, 0,018
Saunas	0,008 (0,010)	0,838	0,004, 0,030
Site web de rencontres	0,002 (0,004)	0,468	0,001, 0,005
App de géolocalisation	0,002 (0,003)	0,626	0,000, 0,008
Somme des effets indirects	0,020 (0,014)*	1,364	0,010, 0,025

Note : E.T. = Erreur type; Z= score Z ; IC = Intervalle de confiance ; *statistiquement significatif

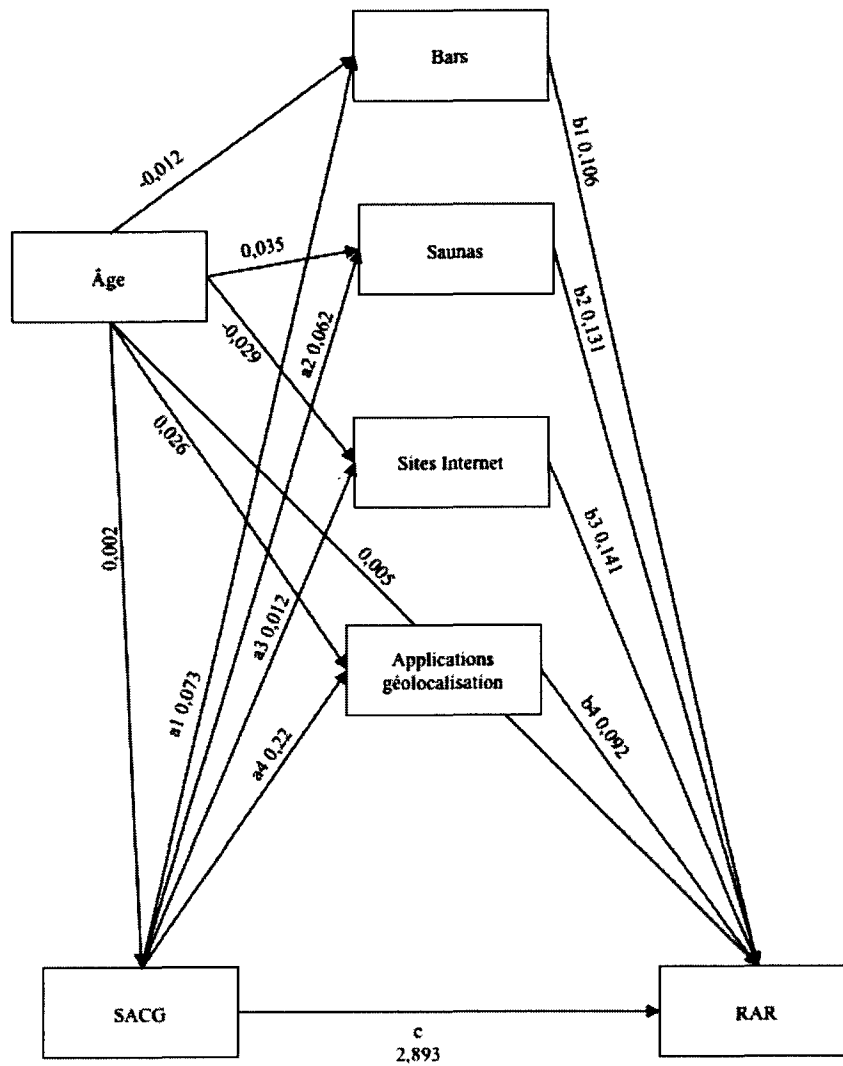


Figure 1. SACG et les médiateurs pour prédire les RAR

Notes: SACG: Sentiment d'appartenance à la communauté gaie; RAR: Relation anales à risques

CHAPITRE V

DISCUSSION

Cette section présente une discussion des résultats de cette recherche à la lumière de l'approche écologique. Ce mémoire visait à explorer la relation entre le sentiment d'appartenance à la communauté gaie, la rencontre de partenaires sexuels dans des lieux ou contextes spécifiques (les bars gais, les saunas, les sites web et les applications de géolocalisation) et les RAR chez les HARSAH montréalais. Dans la première partie de cette discussion, il sera question de revenir sur l'hypothèse principale et de poser les limites de cette recherche. En deuxième lieu, les hypothèses entre le SACG ainsi que les lieux et contextes des rencontres de partenaires sexuels seront discutés, puis suivront les hypothèses liant les lieux et contextes de rencontre aux RAR chez les HARSAH fréquentant un site communautaire de dépistage du VIH dans la communauté gaie montréalaise. Les effets de l'âge des HARSAH seront ensuite discutés. Les implications futures de cette recherche et des pistes d'intervention et de recherche seront dégagées.

5.1 Hypothèse principale : le rejet du lien direct entre le sentiment d'appartenance à la communauté et les relations sexuelles à risque

Ce mémoire avançait que les RAR varieraient selon les lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels chez les HARSAH, auxquels l'exposition varie en fonction du SACG. Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de relation directe entre le SACG et les RAR chez les HARSAH fréquentant un site communautaire de dépistage rapide du VIH dans la communauté gaie montréalaise. La prise de risques sexuels est sans aucun doute associée de façon prépondérante à d'autres facteurs que le SACG chez les HARSAH montréalais. Il est aussi possible que la qualité et

l'exhaustivité de la mesure utilisée doivent être remises en question pour capter le SACG dans cet échantillon. Ces pistes seront explorées dans les sections qui suivent.

5.1.1 Explications d'ordre méthodologique du rejet de cette hypothèse et limites de l'étude

Pour expliquer cette absence de relation significative entre le SACG et les RAR, nous pouvons souligner plusieurs hypothèses d'ordre méthodologique, constituant en fait, les limites de notre étude. Puisque les limites de cette étude se rapportent majoritairement aux deux mesures des variables d'intérêt, ici sont discutés les biais d'ordre méthodologiques qui ont pu intervenir au niveau de la mesure, de la méthode d'entrevue et de l'échantillonnage du SACG et du RAR, qui pourraient contribuer à expliquer ce résultat.

La mesure du SACG contenait quatre énoncés, tels : 1) Vous considérez que vous faites partie de la communauté LGBTQ (lesbienne, gaie, bisexuelle, trans, *Queer*) ; 2) Participer aux activités de la communauté LBGTQ est une chose positive pour vous ; 3) Vous avez un sentiment d'appartenance envers la communauté LGBTQ ; 4) Faire partie de la communauté LGBTQ est un aspect important de votre identité. Ces énoncés n'ont peut-être pas capturé les formes actuelles qui définissent l'appartenance à la communauté gaie chez les HARSAH montréalais, par exemple, les sous-cultures gaies, l'implication communautaire, ou le militantisme gai, etc. (concernant l'accès à la PrEP pour les HARSAH séronégatifs ou les droits des travailleurs du sexe ou des couples homoparentaux).

De plus, aucune définition claire du concept de communauté gaie n'a été fournie aux répondants lors des entrevues. Comme l'ont bien démontré d'autres chercheurs, la définition de la « communauté gaie » est un concept complexe qui peut varier selon chacun et être influencé par de multiples facteurs (Wilkinson *et al.*, 2012). Fournir une définition du concept de « communauté gaie » aux participants pour ensuite les questionner sur leur SACG ou leur fournir des énoncés différents ou plus variés aurait pu donner un portrait différent du SACG chez les participants de cet échantillon et faire émerger un lien entre le SACG et les RAR.

Cet enjeu soulève donc la question de la validité de contenu de la mesure du SACG à quatre énoncés, qui est possiblement faible ou insuffisante pour capter le SACG tel qu'il est vécu par les HARSAH de cet échantillon. La mesure actuelle du SACG ne prend probablement pas non plus en compte les formes d'investissement des jeunes dans la communauté gaie, notamment via les nouvelles technologies ou les applications de rencontres géolocalisées. Une récente étude canadienne attire l'attention par la complexité de ces outils qui permet une mesure plus actuelle du SACG (Card *et al.*, 2016). Dans cette étude, les auteurs ont mesuré les caractéristiques des réseaux sociaux (nombre d'amis sur Facebook et nombre d'amis proches dans la région de Vancouver), leur participation (le pourcentage de temps passé avec des amis gais, la fréquence de participation à des activités sportives d'équipes gaies, le fait d'aller à des réunions spécifiquement gaies ou d'aller dans des bars/clubs gais et la fréquence de lecture de journaux gais), leur connexion émotionnelle à la communauté gaie (échelle sur l'importance de faire partie de la communauté gaie), ainsi que leur altruisme collectif (échelle pour mesurer la motivation à pratiquer la sexualité sécuritaire) (Card *et al.*, 2016). La mesure des caractéristiques des réseaux sociaux, la participation aux activités gaies, la connexion émotionnelle ainsi que l'altruisme collectif sont des variables pertinentes pour avoir une vision beaucoup

plus exhaustive du SACG. Dans la présente étude, aucune question en lien avec ces nouvelles formes d'investissement de la communauté n'a été incluse dans cette mesure.

D'autres études ont mesuré le SACG avec différentes échelles ainsi que le lien avec les RAR. Pour mesurer le SACG, ces travaux demandaient aux participants quelle était leur proportion d'amis homosexuels/gais (Barrett et Pollack, 2005 ; Zablotska *et al.*, 2012), ou combien de temps libre passaient-ils avec des amis gais (Zablotska *et al.*, 2012). Le temps libre passé avec des amis gais est une mesure plus directe pour mesurer le temps passé dans la communauté gaie comparativement à la proportion d'amis gais et est significativement associé avec des RAR avec partenaires réguliers (Zablotska *et al.*, 2012). Un lien peut être fait avec une échelle psychométrique comme *Identification and Involvement with gay community scale* de McKirman, Venable et Stoke (2005). Ce qui est intéressant de cette échelle est l'inclusion de l'importance d'avoir des amis gais avec l'importance de l'attraction par d'autres hommes (McKirman, Venable et Stoke, 2005). L'orientation homosexuelle permettrait de faire un lien avec les amis gais, le temps passé avec ceux-ci, le temps passé dans la communauté gaie et donc le SACG (Zablotska *et al.*, 2012). Card *et al.* (2016) ont aussi observé un fort lien d'attachement dans leur échantillon envers les HARSAH en variant leurs mesures de l'engagement communautaire. Ces ajouts auraient probablement augmenté la profondeur et l'exhaustivité de la mesure du SACG et auraient pu permettre l'émergence d'un lien direct avec les RAR des HARSAH montréalais.

En ce qui a trait à la mesure des RAR, quoiqu'imparfaite, elle permettait de bien saisir la prise de risques sexuels des participants. Cette mesure comprenait plusieurs questions sur les relations anales des participants et leur demandait un rappel des

pratiques des trois derniers mois. Certains auteurs estiment que les données autorapportées peuvent amener certains doutes sur les données (Zenilman *et al.*, 1995). Les participants devaient se souvenir de leurs pratiques sexuelles avec tous leurs partenaires des trois derniers mois. Ils devaient d'abord se souvenir du statut sérologique au VIH de ceux-ci, puis des pratiques anales, complètes ou partielles, ainsi que le rôle qu'ils y jouaient (insertif ou réceptif) comme l'ont demandé d'autres travaux (Barrett et Pollack, 2005 ; Zablotska *et al.*, 2012). Ils devaient aussi ajouter la proportion de partenaires avec laquelle ils ont eu ces pratiques et la proportion de partenaires avec laquelle ils ont utilisé un condom. Ces données peuvent être sensibles à des biais de mémoire dus au passage du temps et comporter une erreur de mesure difficile à estimer. De plus, la consommation de substances lors des RAR peut aussi avoir induit des oublis. Dans le but de diminuer les biais de mémoire, l'intervalle de temps a été réduit à trois mois, comme l'ont fait certains travaux (GroV, 2012 ; O'Donnell *et al.*, 2002 ; Otis *et al.*, 2016). En comparaison, d'autres études ont demandé à leurs participants le nombre de RAR des six derniers mois (Card *et al.*, 2016; Holt *et al.*, 2013 ; Prestage *et al.*, 2015 ; Zablotska *et al.*, 2012) ou des douze derniers mois (White *et al.*, 2012 ; Wilkinson *et al.*, 2012). D'autres études ont demandé aux participants leur utilisation du condom lors de leur plus récente relation anale, ce qui leur donne un portrait uniquement circonstanciel des RAR et peu exhaustif, mais présumément plus exacte (Lambert *et al.*, 2011 ; Rosenberger *et al.*, 2014 ; Schnarrs *et al.*, 2016). Enfin, les participants de la présente étude devaient spécifier le statut sérologique de leurs partenaires sexuels, ce que peu d'autres études ont fait (Card *et al.*, 2016; Schnarrs *et al.*, 2016; Wilkinson *et al.*, 2012). En précisant le statut sérologique du partenaire, ceci permet de spécifier et de donner un portrait plus complet des risques sexuels des participants. Les RAR les plus à risque de contracter le VIH sont avec des partenaires de statut sérologique inconnu ou positif avec charge virale inconnue ou détectable.

Un autre problème méthodologique susceptible d'avoir affecté la validité des données sur les comportements sexuels pourrait être lié à la méthode de collecte des données par entrevue en face à face. En effet, lors d'entrevues faites en face à face, un biais de désirabilité sociale peut être induit (DiFranceisco, McAuliffe, et Sikkema, 1998). Les participants peuvent ainsi ressentir un malaise à répondre à des questions aussi intimes sur leurs relations sexuelles et adapter leur réponse dans le but de plaire à l'assistant de recherche ou de présenter une image favorable (ou pas défavorable) d'eux-mêmes. Fotheringham, Owies, Leslie et Owen (2000) avancent que l'utilisation de collecte de données anonyme réduirait grandement l'influence de la désirabilité sociale comparativement à l'entrevue en face à face. En contrepartie, Dodou et Winter (2014) ont avancé dans leur méta-analyse que la désirabilité sociale est semblable que le questionnaire soit en ligne ou en face à face. Comme Krumpal (2013) l'a fait avant nous, les entrevues étaient faites par des pairs plutôt que par des chercheurs, dans l'espoir de limiter la désirabilité sociale et d'aider les participants à se sentir plus à l'aise. Cet auteur a observé que des caractéristiques de l'intervieweur semblables à celles des participants diminuaient les biais de désirabilité sociale (Krumpal, 2013).

De plus, cet échantillon souffre d'un biais de sélection (de convenance) puisque les HARSAH ont dû se rendre dans un site communautaire de dépistage et demander un dépistage du VIH. Si les HARSAH recrutés n'avaient pas demandé ou eu besoin de test de dépistage, est-ce que les résultats auraient été différents ? Il est probable qu'en demandant un dépistage d'ITS, ces HARSAH avaient probablement des inquiétudes quant à leur santé sexuelle. Il est aussi pertinent de se demander si les HARSAH de cet échantillon prenaient plus de risques en matière de sexualité que les autres. Contrairement aux autres HARSAH, nos participants se sont mobilisés pour connaître leur état de santé. Ces hommes sont peut-être plus sensibilisés ou soucieux aux

risques et à la santé sexuelle que d'autres. De plus, il est aussi possible de supposer que les HARSAH de cet échantillon sont peut-être plus près de la communauté gaie puisqu'ils connaissaient les ressources de dépistage et/ou de prévention gaies dans le village. Si le recrutement avait eu lieu hors du village gai montréalais, les HARSAH participants auraient pu avoir un moins grand SACG puisque le village est directement lié à la communauté gaie. Dans ce sens, il aurait été intéressant d'avoir un groupe d'HARSAH prenant moins de risque et étant plus éloigné de la communauté gaie et du village pour comparer. La généralisation des présents résultats devrait être faite avec prudence puisque l'échantillon n'est pas représentatif de toutes les réalités de ces HARSAH montréalais.

5.1.2 Explications liées au contexte social du rejet de cette hypothèse

Le SACG des HARSAH montréalais était assez stable dans cet échantillon, mais il n'y avait pas lien direct avec les RAR. Ce résultat est important puisque ceci démontre que le SACG n'influence pas directement les prises de risques sexuels des HARSAH montréalais.

Une première interprétation du rejet de cette hypothèse est la transformation qu'a subie la communauté gaie. Cette transformation serait un des premiers facteurs pouvant expliquer le rejet de l'hypothèse générale. Pour plusieurs auteurs, le temps aurait altéré l'image et la représentation symbolique de la communauté gaie (Barrett et Pollack, 2005; Fraser, 2008; Girard, 2016; Holt, 2011; Kippax *et al.*, 1993; Rowe et Dowsett, 2008). La communauté gaie a d'abord été un endroit sécuritaire de rassemblement et de ressourcement pour les hommes gais et les HARSAH (Goltz,

2014; Higgins, 1997, Hinrichs, 2011; Roberge, 2008). Au fil du temps, les lieux et contextes de rencontre ont progressivement été remplacés par d'autres lieux et contextes moins directement liés à la recherche de partenaires sexuels dans la communauté et le quartier gai (Giraud, 2012 ; Rosser, West, Weinmeyer, 2008; Saucier, 2013). Les quartiers gais jouaient à cette époque un rôle facilitant dans la formation de l'implication sexuelle, des réseaux sociaux et des pratiques sexuelles (Kippax *et al.*, 1993 ; Seibt *et al.*, 1995 ; Weeks, Heaphy, Donovan, 2001). La communauté gaie perd depuis ses repères géographiques (Saucier, 2013), ses bars et clubs ferment au détriment d'Internet (Rosser, West, Weinmeyer, 2008 ; Zablotska *et al.*, 2012). En se déplaçant vers le numérique, la communauté gaie voit apparaître de nombreuses cultures et sous-cultures qui bousculeraient les rencontres sociales et sexuelles des HARSAH (Saucier, 2013). L'effet pervers de ces changements serait la façon dont se compartimentent et s'individualisent les vies des HARSAH, ce qui diminuerait le SACG (Zablotska *et al.*, 2012). Putnam (2000) voit dans ce désengagement des individus, une alarmante diminution du soutien et de la confiance envers les institutions et la communauté ce qui pourrait mener à un effritement du lien social et, au final, à l'effondrement de leur communauté.

Selon Holt (2011), l'érosion de la communauté gaie s'explique aussi par l'abandon des batailles sociales comme celle du VIH-sida. Les HARSAH séronégatifs ne se sentent plus solidaires avec les HARSAH séropositifs, tandis que certains hommes séropositifs auraient encore une relation avec la communauté VIH+ (Holt, 2011). Pourtant Mustanski *et al.* (2011) croit que la communauté gaie évoque encore aujourd'hui un endroit et/ou un symbole de socialisation, de mobilisation et d'activisme politique pour les HARSAH. Malgré ces changements et le fait que ceci peut sembler contradictoire, il est possible que la communauté gaie demeure importante pour eux, mais que cela ne se traduise pas dans la mesure du SACG

comme l'ont mentionné des études précédentes (Girard, 2016; Holt, 2011; Reynold, 2007). L'organisation sociale de certains participants de l'étude de Girard (2016) avait des réseaux sociaux assez diversifiés, c'est-à-dire qu'ils ne comprenaient pas uniquement des HARSAH. Ces hommes rapportaient une plus grande distance avec la communauté gaie, mais gardaient tout de même un intérêt pour certaines activités (rencontres amicales ou sexuelles) (Girard, 2016). Cette réalité pourrait peut-être se rapprocher de celle des HARSAH montréalais. Nonobstant ceci, les travaux qui ont documenté les transformations de la communauté gaie datent de plusieurs années (Barrett et Pollack, 2005; Fraser, 2008; Kippax *et al.*, 1993; Putnam, 2000; Rowe et Dowsett, 2008) et des travaux plus récents pourraient indiquer les dernières transformations de celle-ci. Compte tenu des changements de lieux et de contextes de rencontres sexuelles, ainsi que des explications concernant la diminution du SACG dont certains chercheurs parlent, le SACG aurait peu d'influence sur les prises de risques sexuels des HARSAH.

Une deuxième interprétation du rejet de cette hypothèse est l'avancement des droits des personnes LGBTQ et les contextes sociaux, politiques et culturels de Montréal, qui pourrait expliquer une partie de ces résultats. Certains HARSAH peuvent avoir l'impression que les luttes pour les droits des personnes LGBTQ sont gagnées et que le besoin de se rassembler au sein d'une communauté n'est plus. Cette perception de l'avancement des luttes LGBTQ ainsi que de l'acceptation des personnes LGBTQ a aussi été observée dans de précédentes recherches (Holt, 2011 ; Lewis *et al.*, 2015 ; Zablotska *et al.*, 2012). Lewis *et al.* (2015) croient que le haut degré d'acceptation envers les homosexuels signifie la croissance de la normalisation de cette orientation sexuelle et des droits des personnes LGBTQ. En ce sens, un lien aurait pu exister entre les HARSAH (ceux qui ont vécu la période où l'activisme politique gai des années 1970 ou la crise du VIH des années 1980), et avoir un SACG plus élevé ce qui

ne s'est pas avéré fondé (Zablotska *et al.*, 2012). Comme l'ont fait remarquer d'autres auteurs, ce type de SACG est peut-être plutôt alimenté par la nostalgie (Girard, 2016; Goltz, 2014; Holt, 2011). De plus, Montréal est une ville reconnue comme sécuritaire et avec un village gai ouvert aux diversités sexuelles (Giraud, 2012). Possiblement que les HARSAH de tous les âges y vivent moins de discrimination et d'homophobie, ce qui diminuerait la nécessité de se rassembler et d'appartenir à une communauté gaie et, par conséquent, expliquerait leurs réponses aux énoncés de l'échelle de SACG.

Une troisième interprétation du rejet de cette hypothèse pourrait être due aux normes communautaires qui ne sont plus les normes premières qui guident les comportements de santé des HARSAH. Les efforts préventifs des membres de la communauté gaie lorsque l'épidémie du VIH a frappé de plein fouet dans les années 1980 ont donné lieu à une co-construction de la communauté gaie en parallèle avec le VIH (Émond, 2009). À travers les changements que la communauté gaie a vécus, est-il possible que son influence ait diminué au sujet des comportements sexuels chez les HARSAH ? Il est probable que de nouveaux et multiples facteurs influencent la vie des HARSAH et transforment leur rapport au condom et à la prévention autant que le faisaient anciennement les normes communautaires. À titre d'exemple, des auteurs ont mentionné que le nombre d'amis uniquement gais tend à diminuer chez les HARSAH (Zablotska *et al.*, 2012). Dans les résultats de son étude, Girard (2016) fait remarquer que dix-neuf participants sur trente se sont dits déconnectés de la communauté gaie ; malgré qu'ils se définissent comme homosexuels, leur orientation sexuelle ne définirait pas leur organisation sociale. De plus, une diversification des réseaux des HARSAH est aussi visible (Zablotska *et al.*, 2012). Des travaux ont avancé qu'il existerait maintenant de nombreux sous-groupes au sein même de la communauté gaie (Peacock *et al.*, 2001). Les participants de l'étude de Peacock *et al.*

(2001) ont rapporté appartenir à plusieurs sous-cultures de la communauté gaie, ce qui permettrait de rompre avec la vision monolithique et unique de la communauté gaie. Désormais, la communauté gaie serait sous-divisée en plusieurs sous-cultures et selon des intérêts précis des HARSAH. C'est pourquoi Peacock *et al.* (2001) croit qu'il est important pour la survie de la communauté gaie de reconnaître son hétérogénéité. La somme de toutes ces influences hétérogènes dans la communauté diminuerait la chance qu'elle soit encore un facteur de protection ou un facteur de risque. L'appartenance à la communauté gaie et son lien avec la prise de risques sexuels des HARSAH seraient donc indirects.

Au sujet des comportements sexuels des HARSAH, il serait question de moult influences socio-écologiques différentes. À Montréal, de nombreuses campagnes de sensibilisation et de prévention du VIH ont été faites auprès de cette population depuis les années 1990 (Direction de santé publique, 2012). De nombreux organismes communautaires montréalais font régulièrement de la prévention et de la sensibilisation dans les endroits de socialisation gaie ou dans leur propre établissement (Direction de santé publique, 2012). Le fait d'être présent dans la communauté gaie augmenterait les chances d'être exposé à de la sensibilisation, de l'éducation sexuelle et à des cliniques de dépistage (Daskalakis *et al.*, 2009; Grov *et al.*, 2007; Mullens *et al.*, 2009; Zablotska *et al.*, 2012) ainsi qu'à une meilleure connaissance d'autres méthodes préventives comme la PPE et la PrEP (Frankis *et al.*, 2016). En ce sens, la promotion de la prévention combinée à Montréal a pu permettre aux HARSAH d'utiliser plusieurs stratégies préventives différentes pour prévenir le VIH tels le positionnement stratégique, le sérotriage, la PPE et maintenant la PrEP, etc. (Lambert *et al.*, 2011 ; Otis *et al.*, 2016 ; Saucier, 2013). Les résultats de Otis *et al.* (2016) ont montré que les HARSAH montréalais utilisent une variété de stratégies préventives avec des partenaires séropositifs ou de statut sérologique inconnu, sauf

exemption d'une classe d'HARSAH, mais que les RAR sont tout de même fréquentes. Une précédente étude montréalaise faite en 2011 (Lambert *et al.*, 2011) a démontré que 12,2 % des HARSAH avaient eu des RAR lors de leur dernière relation sexuelle. Certains auteurs parlent d'un certain essoufflement ou une « fatigue de la prévention » chez les HARSAH qui mènerait à un laisser-aller de la prévention (Berg, 2008; Rowniak, 2009). Il est aussi possible de supposer que les RAR des HARSAH pourraient être influencés par d'autres facteurs de risques, comme la consommation d'alcool et de substances (Groves, 2012 ; INSPQ, 2013 ; Lambert *et al.*, 2011, Otis *et al.*, 2006). Certains HARSAH de cet échantillon ont pu voir leur jugement altéré lors de rencontres de partenaires sexuels en raison de consommation d'alcool ou de substances et ceci pourrait avoir fait augmenter leurs RAR.

Une quatrième explication du rejet de l'hypothèse générale est le délicat sujet de la responsabilité de la sexualité des HARSAH. Au niveau de la santé publique, la question de la responsabilité sexuelle découle de l'augmentation d'HARSAH touché par le VIH au Québec (INSPQ, 2013). Pour Dowsett (2009), être un homme séronégatif est un état « sur la corde raide » puisqu'à tout moment il est possible de devenir séropositif, alors que ce statut est irréversible. Il nomme cela « la vie sur le bord d'un précipice, qui n'est pas de tout repos » [Traduction libre] (Dowsett, 2009, p. 219). La responsabilité de la prévention oscillerait entre une responsabilité collective, c'est-à-dire partagée entre les membres de la communauté, ou individuelle, c'est-à-dire plus centrée sur le plaisir et le choix personnel (Adam *et al.*, 2005; Carballo-Diéguez et Bauermeister, 2003 ; Saucier, 2013). Pour Adam *et al.* (2005) le choix de ne pas utiliser le condom lors de RA serait une forme de « politique personnelle » où tous les partenaires sexuels seraient vus comme séropositifs et les partenaires agiraient en toute connaissance de cause. Cependant, Girard (2016) a allégué que cette épineuse question de la responsabilité de la prévention sexuelle est

loin d'être simplement binaire. Ses résultats font l'état de trois typologies de discours différents vis-à-vis des RAR dans la communauté gaie (Girard, 2016). Plusieurs de ces auteurs croient que pour éviter que le poids repose sur certains HARSAH, on entend ici surtout les HARSAH séropositifs, cette responsabilité devrait être partagée entre tous les membres de la communauté gaie (Berg, 2008; Dowsett, 2009; Girard, 2016; Saucier, 2013). Émond (2009) illustre bien la complexité de cette responsabilité :

Les individus ont le droit d'être respectés dans leurs choix et leurs pratiques, mais ils ont aussi le droit de pouvoir faire des choix avisés, et d'être protégés dans certains cas extrêmes. Ils ont aussi le droit d'être appelés à être responsables, à discuter, à prendre conscience et à évoluer dans leurs pratiques (Émond, 2009).

5.2 Hypothèses entre sentiment d'appartenance à la communauté et les lieux ou contextes de rencontres des partenaires

Nos résultats indiquent une relation indirecte entre le SACG et les RAR des HARSAH, qui pourrait être médiée par les lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels. Ces hypothèses émergent de lectures qui avancent que l'environnement dans lequel les HARSAH rencontrent et ont des relations sexuelles avec des partenaires sexuels, est associé à la prise de décision et de comportements sexuels sécuritaires ou non sécuritaires (Pollock et Halkitis, 2009). Ces hypothèses sont donc reliées aux lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels qui se retrouvent dans les systèmes micro et méso des HARSAH montréalais selon l'approche écologique (Bronfenbrenner, 1994). Le premier groupe d'hypothèses examine les liens entre le SACG et les différents lieux et contextes de rencontres de

partenaires sexuels, soit ; les bars, les saunas, les sites Internet et les applications de géolocalisation (voir Figure 1).

En premier lieu, l'hypothèse suivante a été émise : les HARSAH qui présentent un SACG plus élevé seraient davantage enclins à rencontrer leurs partenaires sexuels dans les bars gais. Les résultats démontrent que le SACG était positivement et significativement associé à la rencontre de partenaires sexuels dans les bars, comme le montrent les travaux recensés (Flores *et al.*, 2009 ; Grov, 2012; Rhodes *et al.*, 2002). Ces résultats supposent que les HARSAH montréalais rencontrent leurs partenaires sexuels en personne dans les bars comme l'avancent d'autres travaux (Davis *et al.*, 2006a; Grov, 2012 ; Rhodes *et al.*, 2002). À titre de commerces à la base de l'implantation du village gai et de la communauté gaie à Montréal, les bars gais sont liés aux rencontres sociales des HARSAH depuis les tout débuts (Bérubé, 2003; Higgins, 1997; Hinrichs, 2011). Les bars du village gai de Montréal demeurent encore parmi les lieux les plus populaires chez les HARSAH pour rencontrer de partenaires sexuels masculins (Saucier, 2013). Les HARSAH montréalais fréquentent donc ces lieux pour des raisons sociosexuelles. Un lien peut aussi être fait entre un SACG élevé et la fréquentation de certains lieux de socialisation associés à la communauté gaie comme les bars (Flores *et al.*, 2009; Herdt, 1992) et les saunas (Kelly *et al.*, 2012).

En deuxième lieu suit l'hypothèse selon laquelle les HARSAH présentant un SACG plus élevé seront davantage enclins à rencontrer leurs partenaires sexuels dans les saunas. Les résultats démontrent que le SACG était positivement et significativement associé à la rencontre de partenaires sexuels dans les saunas, comme le confirment d'autres travaux (Kelly *et al.*, 2012). Ce résultat est important puisque peu d'études ont observé le lien entre le SACG et la rencontre de partenaires sexuels dans les

saunas. Selon Kelly *et al.* (2012) le fait d'avoir un réseau social majoritairement gai augmenterait la fréquentation d'endroits de socialisation gaie, comme les saunas et ferait augmenter la possibilité d'avoir des comportements à risque tels la consommation de substances et les RAR. Un lien peut donc être fait entre un SACG élevé et le fait de fréquenter les saunas gais.

En troisième et quatrième lieu, les hypothèses selon lesquelles les HARSAH présentant un SACG plus élevé seront davantage enclins à rencontrer leurs partenaires sexuels sur les sites Internet et sur les applications de géolocalisation ont été émises. Dans les deux cas, les résultats des analyses bivariées démontrent que le SACG n'est pas significativement associé à la rencontre de partenaires sexuels via les sites Internet ou les applications de géolocalisation, mais qu'ils le sont dans le modèle de médiation (bien que très faiblement). Ces résultats constituent donc un faible appui à ces hypothèses aussi avancées dans d'autres travaux (Card *et al.*, 2016; Elford *et al.*, 2004; Holloway *et al.*, 2015 ; Liao *et al.*, 2006; Mettey *et al.*, 2003; Rietmeijer *et al.*, 2003; Taylor *et al.*, 2004). Nos résultats ne sont pas surprenants si on tient compte de la popularité grandissante des rencontres entre HARSAH sur le web depuis quelques années (Liao *et al.*, 2006; Zablotska *et al.*, 2012 ; Zhang *et al.*, 2008). Des travaux avancent que le tiers et même la moitié des HARSAH se seraient servi d'Internet pour rencontrer des partenaires sexuels (Elford *et al.*, 2004; Liao *et al.*, 2006; Mettey *et al.*, 2003; Rietmeijer *et al.*, 2003; Taylor *et al.*, 2004). Des auteurs avancent que certains HARSAH utilisent uniquement les sites web pour rencontrer des partenaires sexuels (Zablotska *et al.*, 2012). Miller (2015) met aussi l'accent sur le nombre en constante évolution de sites de réseautage ou de pages spécifiques pour les personnes LGBTQ depuis l'apparition d'Internet.

Malgré ces données, comment expliquer ce lien si modeste dans nos résultats entre SACG et les sites web et les applications? Il est probable que la spontanéité et l'immédiateté des rencontres avec des partenaires sexuels ne nécessitent pas un grand SACG des HARSAH. Il n'est plus nécessaire de se déplacer dans les lieux de socialisation associés à la communauté gaie pour rencontrer des HARSAH, un simple accès Internet suffit. La recherche de partenaires sexuels se fait donc individuellement et de façon autonome à partir d'un téléphone ou d'un ordinateur.

Une autre interprétation possible est que lors de recherche de partenaires sexuels sur le web ou les applications, les HARSAH risquent moins de refus ou de rejet que dans les bars ou les saunas. Ou encore s'il y a refus ou rejet, peut-être ceux-ci sont-ils vécus moins durement qu'en personne par les HARSAH ? Une chose est certaine, dans cette étude, un plus fort SACG des HARSAH montréalais est plutôt lié aux lieux sociosexuels comme les bars et les saunas, mais que ceux-ci combinent plusieurs façons de rencontrer des partenaires sexuels potentiels.

5.3 Hypothèses relatives aux relations entre les lieux ou contextes de rencontres des partenaires sexuels et les relations sexuelles à risque

Un groupe d'hypothèses examine les liens entre les différents lieux et contextes de rencontres de partenaires sexuels, soit ; les bars, les saunas, les sites Internet et les applications de géolocalisation et les RAR (voir Figure 1).

Premièrement, l'hypothèse suivante a été émise : les HARSAH qui rencontrent des partenaires sexuels dans des bars auraient davantage de RAR. Nos résultats montrent que la rencontre d'au moins un partenaire sexuel dans les bars n'est pas

significativement associée au fait de rapporter plus de RAR, comparativement au fait de ne pas avoir rencontré de partenaires dans les bars. Contrairement à ceci, une recherche a observé que les HARSAH qui rencontrent dans les bars ont plus de RAR comparativement à ceux qui rencontrent sur Internet ou dans les saunas (Groves, 2012). Leurs résultats s'expliquent par une forte consommation d'alcool et de drogues dans les bars (Groves, 2012). Mais pourquoi le fait de rencontrer dans les bars n'est-il pas associé avec une plus grande prise de risques sexuels dans notre échantillon? Les présents résultats supposent que les HARSAH de cet échantillon utilisent les bars non seulement comme moyen pour rencontrer des partenaires sexuels, mais aussi comme des lieux de socialisation. De plus, les participants de la présente recherche rapportaient plus de RAR lorsqu'ils avaient rencontré leurs partenaires sexuels dans les saunas comparativement aux bars. Il est possible que pour les HARSAH montréalais, les bars soient plus associés à des lieux de socialisation que les autres lieux ou contextes de rencontres de partenaires sexuels.

Deuxièmement, l'hypothèse suivante a été émise : les HARSAH qui rencontrent des partenaires sexuels dans les saunas auraient davantage de RAR. Les résultats démontrent que la rencontre de partenaires sexuels dans les saunas était significativement associée à rapporter plus de RAR comparativement aux HARSAH qui ne rencontraient pas dans les saunas. Des travaux ont aussi avancé que les saunas étaient identifiés comme étant un lieu où les HARSAH avaient des RAR (Binson *et al.*, 2005, Huebner *et al.*, 2012; Mutchler *et al.*, 2003). Une recherche montréalaise (Lambert *et al.*, 2011) a déjà observé auprès de ces participants un nombre important de RAR dans les saunas lors de leurs dernières relations sexuelles. Les saunas gais sont donc des lieux où les RAR sont plus souvent associés à des RAR dans les saunas montréalais, malgré le nombre d'interventions qui sont faites dans les saunas chaque année (Direction de santé publique, 2012).

Troisièmement, l'hypothèse suivante a été émise : les HARSAH qui rencontrent des partenaires sexuels via les sites Internet auraient davantage de RAR. Ces résultats démontrent que la rencontre d'au moins un partenaire sexuel sur les sites Internet est significativement associé à rapporter plus de RAR comparativement aux HARSAH qui ne rencontraient pas sur Internet. Ces données sont confirmées par d'autres études (Binson *et al.*, 2005; Bolding *et al.*, 2005 ; Card *et al.*, 2016; Downing, 2012; Elford *et al.*, 2001, 2004; Huebner *et al.*, 2012; Kelly *et al.*, 2012 ; Klein, 2012; Liao *et al.*, 2006; Rietmeijer *et al.*, 2001). D'autres travaux ont démontré une association positive entre la recherche d'amis en ligne et la recherche de partenaires sexuels occasionnels (Wilkinson *et al.*, 2012). Les résultats de Downing (2012) stipulent qu'en plus d'avoir plus de RAR que ceux qui n'utilisent pas Internet, les HARSAH multiplient les endroits pour trouver des partenaires sexuels (les saunas par exemple). Cependant, d'autres auteurs contestent les associations entre l'utilisation d'Internet pour rencontrer des partenaires sexuels (et ses communications anonymes) et la prise de risques sexuels (Davis *et al.*, 2006a). L'anonymat est justement un des aspects positifs selon certains travaux, ce qui permettrait aux HARSAH d'avoir accès à plus de partenaires sexuels (Klein, 2012; White *et al.*, 2012), offrirait un lieu unique de communication et d'échange entre HARSAH (Davis *et al.*, 2006a; Zablotska *et al.*, 2012) et permettrait à certains HARSAH d'obtenir soutien social et validation (Bargh et McKenna, 2003). Mais pourquoi ces distinctions ne deviennent-elles pas des caractéristiques de protection contre les RAR pour les HARSAH ? L'échantillon d'HARSAH montréalais ressemble peut-être à celui de Downing (2012) et de Card *et al.* (2016) en ce qui a trait à la multiplication des endroits où chercher des partenaires sexuels et en augmentant ainsi les chances d'avoir des RAR.

Le bassin de possibilités est donc plus grand sur les sites Internet comparativement aux lieux physiques comme les bars ou les saunas gais, et il en résulte une grande quantité de partenaires sexuels potentiels. De plus, ces sites sont facilement accessibles moyennant un accès Internet, ce qui est de plus en plus offert gratuitement dans de multiples commerces montréalais. La facilité d'accès, la vitesse et l'immédiateté qu'offre Internet augmentent les chances que de nombreux HARSAH montréalais continuent d'utiliser des sites web pour trouver des partenaires sexuels (INSPQ, 2011).

Si ces postulats étaient faux, serait-il possible de penser que l'isolement des HARSAH montréalais qui cherchent des partenaires sur Internet les prive d'un soutien préventif dont ils auraient besoin pour diminuer leur prise de risque sexuelle? De plus, ces HARSAH qui ne sont pas interpellés par la prévention se retrouvent probablement à discuter avec des gens comme eux et cela les maintient loin des sites d'information et de prévention du VIH.

Quatrièmement, l'hypothèse suivante a été émise : les HARSAH qui rencontrent des partenaires sexuels sur les applications de géolocalisation auraient davantage de RAR. Ces résultats montrent que la rencontre d'au moins un partenaire sexuel via les applications de géolocalisation n'est pas significativement associée à rapporter plus de RAR, comparativement à ceux qui ne rencontraient pas via ces applications. Selon Holloway *et al.* (2015), les HARSAH utilisant les applications de géolocalisation sont presque deux fois plus susceptibles d'avoir eu des RAR avec leurs derniers partenaires sexuels et quatre fois plus si leurs partenaires sexuels étaient aussi des utilisateurs des applications. En contrepartie, d'autres études avancent que les HARSAH de leur échantillon utilisaient en grande majorité le condom lors de leurs relations sexuelles avec des partenaires rencontrés sur des applications (Phillips II *et*

al., 2014 ; Rice *et al.*, 2012 ; Winetrobe *et al.*, 2014). Possiblement qu'il en est de même pour les HARSAH montréalais. Il est concevable que ces HARSAH utilisent d'autres méthodes préventives que le condom lors de relations anales. De plus, puisque les applications de géolocalisation sont accessibles en tout temps sur les cellulaires intelligents, ceci pourrait réduire le temps de consommation de substances, qui est associée à une augmentation des RAR comparativement à la rencontre de partenaires dans un bar ou un sauna (Groß, 2012).

5.4 Les effets de l'âge

L'âge a été ajouté au présent modèle de médiation comme variable de contrôle. Ses effets sur les autres variables méritent discussion. Les HARSAH de cet échantillon présentent un patron de fréquentation des lieux ou contextes de rencontre des partenaires sexuels qui varie selon l'âge. Premièrement, les plus jeunes de l'étude ont rapporté en plus forte proportion, avoir rencontré au moins un partenaire sexuel dans les bars et sur les applications de géolocalisation dans les trois derniers mois. Deuxièmement, les plus âgés ont mentionné en plus forte proportion, avoir rencontré au moins un partenaire sexuel dans les saunas et via les sites Internet au cours des trois derniers mois. Il est possible de croire, puisque les jeunes HARSAH grandissent avec les nouvelles technologies, qu'ils se les approprient probablement plus aisément que les HARSAH plus âgés. Ceci expliquerait pourquoi les plus jeunes utilisent les applications de géolocalisation pour rencontrer des partenaires sexuels alors que les plus âgés continuent d'utiliser les sites de rencontres gays sur Internet. Cette logique générationnelle peut aussi s'appliquer aux saunas gays. Comme mentionné précédemment, ces institutions existent depuis le tout début des quartiers gays. Les

saunas montréalais sont donc plus utilisés pour des rencontres sexuelles par les HARSAH plus âgés de cette recherche.

Des différences significatives montrent aussi que ce sont les HARSAH plus âgés qui ont plus de RAR. Les résultats suggèrent que ces RAR sont plus susceptibles de survenir avec un partenaire rencontré dans un sauna ou via les sites Internet. Les résultats infirment ce qu'avançaient certains travaux, c'est-à-dire, que les HARSAH qui recherchaient des partenaires sexuels sur Internet étaient plus jeunes et s'engageaient plus dans des RAR (Card *et al.*, 2016). Une seule et même raison peut être invoquée pour expliquer pourquoi ce sont les plus âgés qui ont plus de RAR dans les saunas et sur les sites web. Les saunas gais sont les premiers endroits légaux dans la communauté gaie où il était convenu et accepté d'avoir des relations homosexuelles (Giraud, 2012; Goltz, 2014 ; Roberge, 2008). Il en est de même pour les sites de rencontres sur le web, ils ont été les premiers endroits en ligne où il était possible de rencontrer des partenaires sexuels. Il est donc fort probable que ce soient les HARSAH plus âgés, ceux qui ont évolué avec les saunas et les sites web, qui les utilisent encore davantage aujourd'hui pour rencontrer des partenaires sexuels comparativement aux plus jeunes.

Dans le même sens, il aurait été attendu que les plus âgés, ceux qui ont connu, vécu l'épidémie et probablement perdu des amis ou amants, se servent plus du condom lors de RA (Berkowitz et Berkowitz, 2003 ; Strait, 2013). Cette cohorte d'HARSAH a aussi connu les premières campagnes publicitaires préventives pour l'usage du condom. Dans ce sens, il est possible de croire que les HARSAH plus jeunes, qui ont connu l'avènement des trithérapies, pourraient choisir d'autres méthodes préventives que le condom. Au final, l'âge semble être un facteur déterminant dans le choix des méthodes préventives au VIH comme le condom lors de RA.

5.5 Les résultats de cette recherche et l'approche écologique

Nos résultats concernant l'implication du SACG sur l'occurrence de RAR n'ont pas démontré de lien direct, mais ont montré les liens indirects existants avec les lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels. Les influences de plusieurs niveaux de l'approche écologique y ont été observées.

Notre recherche a demandé aux HARSAH montréalais s'ils avaient eu des RAR, les participants ayant eu au moins une relation anale sans condom avec un partenaire de statut inconnu ou positif avec une charge virale détectable ou inconnue au cours des trois derniers mois. Tel que vu dans plusieurs travaux, les RAR des HARSAH sont l'amalgame d'une multitude d'influences aux niveaux individuel et interpersonnel, tels : la perception des normes des groupes de pairs (Willoughby *et al.*, 2008), les connaissances sur le VIH (Klein, 2012 ; White *et al.*, 2012), la consommation d'alcool et de drogues (Berg, 2008 ; Grov, 2012 ; Holloway et al, 2015 ; Lambert *et al.*, 2011). Notre recherche n'a pas pris en considération ces variables dans son analyse et il aurait été intéressant de voir les résultats. Cependant, notre étude a pris en considération les lieux et contextes des lieux et contextes de rencontres de partenaires sexuels comme le suggère l'approche écologique et nos résultats ont démontré des influences indirectes.

Tel qu'avancé dans notre recherche et dans d'autres travaux (Israël *et al.*, 1998), le SACG permet de situer ou de mesurer l'implication, les effets possibles et l'attachement d'une personne à cette communauté. Le SACG est donc lui aussi influencé par les niveaux personnel et interpersonnel, en plus du niveau communautaire dans lesquels vivent les HARSAH. Notre échelle a tenté de mesurer le SACG des HARSAH montréalais par quatre importantes questions : la

considération de faire partie de la communauté gaie ; l'importance de participer aux activités de la communauté est une chose positive pour eux ; le fait d'avoir un sentiment d'appartenance à cette communauté ; et enfin, le fait de faire partie de cette communauté est un aspect important de leur identité. Pour être plus en accord avec l'approche écologique, il aurait été important d'intégrer des questions sur la pression sociale, les normes des pairs ou des partenaires, ainsi que les normes de la sous-communauté dont font partie les répondants (Kaufman *et al.*, 2014).

Il va sans dire que les niveaux individuel, interpersonnel et communautaire ont des rôles majeurs dans les liens entre le SACG, les endroits ou contextes de rencontre de partenaires sexuels et les RAR de cette étude. Les niveaux institutionnel et structurel ont eux aussi leur importance pour les HARSAH montréalais, mais ceux-ci n'ont pas été observés dans le cadre de la présente étude. Il aurait été intéressant de connaître l'opinion des HARSAH montréalais sur : l'accès aux services de qualité, la compétence des intervenants en prévention des ITS, ainsi que le coût des soins et les politiques de santé publique puisque ces questions ont des influences non négligeables sur la santé globale des individus (Kaufman *et al.*, 2014).

Notre recherche a observé à l'aide de l'approche écologique plusieurs questions pertinentes en ce qui a trait à la santé sexuelle des HARSAH montréalais. Nos résultats démontrent des pistes intéressantes, mais comme mentionnées précédemment, d'autres questions auraient été nécessaires dans notre analyse pour avoir un portrait plus près de l'approche écologique.

5.6. Implications futures de la présente étude

Peu de travaux se sont intéressés aux liens entre le SACG et les RAR des HARSAH en tentant d'expliquer ceci par un modèle de médiation multiple. Les résultats rapportent que ce sont les lieux et les contextes de rencontres de partenaires sexuels qui influencent et jouent un rôle de médiateur entre le SACG et les RAR. Ces résultats sont importants puisqu'ils ouvrent la porte à de nouvelles avenues en ce qui concerne les RAR en fonction des lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels des HARSAH et en prenant en compte le SACG des HARSAH montréalais. L'âge s'est avéré être un modérateur entre ces variables, ce qui est aussi assez inédit.

5.6.1 Pistes de recherches futures

Plusieurs pistes de recherche peuvent être identifiées. Puisque la communauté gaie et ses représentations sont en plein changement, il serait intéressant que de futures recherches se penchent pour améliorer les outils de mesure du sentiment d'appartenance à son égard. Des variables qui prendraient plus en compte les réalités des HARSAH pourraient être ajoutées, par exemple, le nombre d'amis gais sur les applications de géolocalisation ou sur les réseaux sociaux. Inclure des questions qui représenteraient mieux les modes d'investissement des jeunes HARSAH, par exemple l'utilisation des dernières technologies pourrait aussi améliorer les mesures du SACG des participants. Des outils de mesure comme ceux de l'étude de Card *et al.* (2016) méritent d'être pris en considération : ils ont observé les caractéristiques

des réseaux sociaux des participants, la participation communautaire et la connexion émotive à la communauté gaie. La diversité des énoncés et sous-échelles de leur mesure pour évaluer le sentiment d'appartenance à la communauté gaie leur a permis d'avoir des résultats fiables et reproductibles (Card *et al.*, 2016).

De futures recherches pourraient investiguer davantage les différentes définitions de la communauté gaie chez les jeunes HARSAH en lien avec leurs stratégies de réductions des risques. De plus, les différentes perceptions et définitions de cette communauté selon les cohortes d'âges méritent d'être examinées. La connaissance des multiples sous cultures ou sous communautés dans la communauté gaie devrait faire l'objet de de plus amples recherches pour mieux comprendre les différences entre celles-ci et leur influence sur les lieux et contextes de rencontre des partenaires sexuels et les RAR.

Pour améliorer les échelles de mesure des RAR des HARSAH, il serait intéressant de prendre en compte les facteurs qui influencent la prise de risques sexuels. Des auteurs ont mentionné que la consommation d'alcool ou de drogues est un facteur qui pourrait faire augmenter le nombre de RAR (Groves, 2012 ; INSPQ, 2013 ; Lambert *et al.*, 2011, Otis *et al.*, 2006), celle-ci pourrait donc être ajoutée à de nouvelles échelles. De plus, les caractéristiques des partenaires sexuels, par exemple les attributs physiques des partenaires sexuels (Carballo-Diéguez *et al.*, 2004 ; Groves *et al.*, 2010 ; Lambert *et al.*, 2011), le statut relationnel à long terme avec le partenaire et l'utilisation de lavements anaux (Hensel *et al.*, 2012), ainsi qu'un nombre élevé de partenaires sexuels dans la dernière année (Torres *et al.*, 2013) augmenteraient aussi les RAR. L'ajout de ces variables pourrait donner une meilleure compréhension des facteurs influençant les RAR.

Enfin les liens entre le SACG et la prise de risques sexuels des HARSAH sont complexes, ils évoluent rapidement et méritent de faire l'objet d'autres études. Le rôle du SACG en lien avec les lieux de rencontres, tels les saunas par exemple, sont peu documentés malgré un nombre élevé d'HARSAH qui les fréquente. Toutes ces pistes de réflexion méritent d'être envisagées pour de futures recherches.

5.6.2 Pistes d'interventions sexologiques futures à la présente étude

Plusieurs pistes d'intervention sexologique peuvent être identifiées en lien avec l'approche écologique. Comme vu précédemment, l'influence des amis et de la communauté est importante et devrait être prise en considération dans les endroits de rencontres de partenaires sexuels. Dans ce sens, il serait aussi pertinent d'adapter les interventions faites auprès des HARSAH aux spécificités des endroits ou contextes de rencontre des partenaires sexuels, comme les saunas, les bars et les applications de géolocalisation, etc. De plus, il serait approprié d'adapter les outils d'interventions aux dernières technologies utilisées par les HARSAH. Par exemple, des outils d'interventions interactifs et en temps réel pourraient être développés sur les applications de géolocalisation ou en ligne pour rejoindre les HARSAH qui cherchent des partenaires sexuels. Un outil de rappel de dépistage pour les HARSAH existe déjà dans l'organisme communautaire montréalais ACCM (ACCM, 2017, <http://www.jacketjacques.ca/prévention-Sida-VIH-ITS-accueil>). Il ne s'agit que d'entrer son courriel pour avoir un rappel aux trois mois. De plus, il faudrait s'inspirer des résultats d'interventions en ligne déjà existants (des interventions de style *chat* sur les sites Internet) et poursuivre les meilleures pratiques préventives faites auprès des HARSAH qui les utilisent. Toujours en tenant compte de l'influence

de la communauté d'appartenance, il serait aussi intéressant de développer des outils différents pour rejoindre plus spécifiquement les HARSAH qui appartiennent à différentes sous-cultures (tels les *Bears*, les gars de cuir, etc.). En ce sens, il serait pertinent d'envoyer des pairs intervenants faire une évaluation des besoins spécifiques de chacune des sous-cultures de la communauté gaie pour adapter les interventions de prévention des risques sexuels en fonction de ceux-ci. Au niveau à la fois institutionnel et communautaire, avoir un organisme communautaire qui offre des services centralisés serait fort intéressant pour les HARSAH montréalais. Ceci permettrait de mettre de l'avant la qualité des services offerts aux HARSAH, la confidentialité, et les compétences des fournisseurs de ces services (Kaufman *et al.*, 2014). Cet organisme, inspiré de l'organisme HIM à Vancouver, pourrait offrir les services de : pairs aidants, médecins, pharmaciens, intervenants en santé mentale, sexologues cliniciens et chercheurs et pourrait contribuer à augmenter les offres en santé sexuelle et préventive des HARSAH ainsi qu'au resserrement du SACG (<http://checkhimout.ca/>).

En deuxième lieu, aux niveaux institutionnel et structurel, les campagnes de sensibilisation et de prévention doivent encore être mises de l'avant pour rejoindre plusieurs populations. Continuer de cibler la population générale est important. Des publicités dénonçant l'homophobie et la stigmatisation des personnes séropositives pourraient continuer de leur être présentées. Les HARSAH qui n'ont pas de RAR peuvent continuer d'être ciblés pour favoriser le maintien de leurs stratégies de réduction des risques. Il serait pertinent de présenter aux HARSAH de tout âge, la multitude de stratégies de prévention disponibles pour eux dans les différents milieux de rencontres de partenaires sexuels (comme les bars et les cafés), comme le condom, la PPE, etc. Les HARSAH ayant des RAR doivent aussi recevoir des messages préventifs. Les méthodes préventives biomédicales plus ciblées à leurs pratiques

sexuelles devraient être gratuites pour les HARSAH qui en font la demande et être mises de l'avant (la PrEP). De plus, il serait conséquent de leur demander quelles sont les meilleures pratiques pour rejoindre leurs pairs plutôt que d'inventer des campagnes qui ne les touchent pas.

En troisième lieu, au niveau institutionnel, la prévention des RAR pourrait être faite de façon plus positive et holistique en s'inspirant de programmes ou outils existants. Le programme Phénix, qui conjugue érotisme et réduction des risques sexuels a été mis sur pied pour les HARSAH (Blais, Otis, et l'Équipe Phénix, 2008). Ces ateliers sont offerts dans plusieurs organismes communautaires montréalais, dont REZO : <http://www.rezosante.org/7-atelier-phenix-pour-mieux-conjuger-erotisme-et-reduction-des-risques.html> et Maison Plein Cœur

: <https://maisonpleincoeur.org/programmes-services/#ateliers-phenix>. Ce programme sexologique permet aux participants de prendre connaissance et conscience de leurs comportements sexuels tout en offrant des stratégies et des outils concrets pour réduire leur prise de risques sexuels.

Enfin, les sexologues intervenantes et cliniciennes doivent être sensibilisées à offrir des services ouverts aux personnes de minorités sexuelles en arrêtant de présumer que tous sont hétérosexuels. Malgré les avancées et l'acceptation des droits et des réalités différentes des personnes LGBT, certaines discriminations et injustices perdurent dans les sociétés hétérocentristes. Les vécus émotionnels et relationnels des HARSAH sont par le fait même différents des hétérosexuels (Cook-Daniels, 2008). Les prises de risques sexuelles des HARSAH mènent aussi d'autres réalités et il est urgent d'ajuster les interventions cliniques et sexologiques à leurs besoins.

CONCLUSION

Cette recherche avait l'originalité de s'intéresser à un sujet peu étudié, c'est-à-dire, l'observation des liens entre le SACG, les RAR et les lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels en tenant compte de l'âge des HARSAH. De plus, peu de travaux se sont penchés sur ces liens tentant d'expliquer ceci par un modèle de médiation multiple, sous l'angle de l'approche écologique. Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de relation directe statistiquement significative entre le SACG et les RAR, mais qu'un effet indirect faible existe tout de même. L'influence de l'âge comme variable de contrôle n'est pas négligeable. L'âge s'est avéré un modérateur entre le SACG et les RAR. Il influence aussi la fréquentation des lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels. Les HARSAH plus âgés de cette recherche sont ceux qui ont rapporté le plus de RAR lorsqu'ils rencontraient leurs partenaires sexuels dans les saunas et sur les sites web. Les plus jeunes ont rapporté plus de RAR lorsqu'ils les rencontraient dans les bars et sur les applications de géolocalisation.

Cette recherche comporte évidemment ces forces et faiblesses. Les limites de ce mémoire se rapportent majoritairement aux deux mesures des variables d'intérêt, soit le SACG et les RAR. Au sujet de la mesure du SACG, sa validité de contenu est faible ou mal adaptée à la réalité gaie montréalaise. Concernant la mesure des RAR, elle captait somme toute assez bien la prise de risques sexuels des participants, mais elle était autorapportée et en partie, soumise à un biais de désirabilité sociale. Pour tenter de minimiser ce biais, les intervenants et les infirmiers qui administraient les questionnaires étaient aussi des HARSAH. Enfin, cet échantillon de convenance avait aussi un fort biais de sélection puisque les participants se sont déplacés pour avoir un test de dépistage du VIH dans site communautaire. De plus, nos résultats tissent de

nouveaux liens entre les RAR et les lieux et contextes de rencontres des partenaires sexuels des HARSAH, tout en prenant en compte le SACG des HARSAH.

À la lumière des limites, les échelles de mesure devraient être revues et corrigées pour mieux capter les concepts complexes comme le SACG. Des outils déjà existants peuvent être adaptés aux réalités des milieux ou des populations de recherche. Au niveau des interventions sexologiques et comme l'ont déjà avancé les approches écologiques, plusieurs systèmes font varier les normes individuelles et sociales dans la communauté, et doivent tous être pris en compte dans la prévention des comportements de santé des HARSAH. Sur le plan de la recherche, il est important d'observer et de documenter les interactions entre les systèmes micro, méso, exo, macro et chrono des HARSAH de différentes cultures et sous-cultures dans la communauté gaie. Ces hommes sont tous différents les uns des autres et leurs histoires sont liées intrinsèquement à la communauté gaie.

En définitive, cette recherche s'ajoute aux nombreux travaux faits sur la santé sexuelle des HARSAH. La communauté gaie durement touchée par le VIH-sida mérite encore d'être soutenue dans ses efforts de conciliation entre la prise de risques et le plaisir sexuel, ainsi qu'entre les différentes communautés. La communauté a encore sa place aujourd'hui comme un pilier dans les luttes socioculturelles et politiques ainsi que dans la vie intime de milliers d'HARSAH montréalais. « La communauté d'identité n'existe que dans cet état de transformation. Dans la culture du désir, il n'y a pas d'espace préservé » (Browning, 1993, p. 253).

ANNEXE A
CERTIFICAT ÉTHIQUE



No du certificat : S-701873



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM, a examiné le protocole de recherche suivant et jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (juin 2012).

Protocole de recherche

Chercheur(e) principal(e) : Joanne Otis
Unité de rattachement : Département de sexologie/Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé
Co-chercheur(s) : Martin Blais (département de sexologie); Bluma Brenner et Mark A. Wainberg (Université McGill); Gilbert Émond (Université Concordia); Gilles Lambert (Direction de la santé publique, ASSS Montréal); Ken Monteith (COCQ-Sida); Michel Roger (CHUM, Hôpital Notre-Dame); Robert Rousseau (RÉZO).
Stagiaire postdoctoral(e) : s/o
Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse (incluant les thèses d'honneur) dans le cadre du présent protocole de recherche : s/o
Titre du protocole de recherche : Effets du counseling basé sur l'entretien motivationnel dans le contexte de l'offre de dépistage rapide du VIH aux HRSH montréalais (projet SPOT) sur l'occurrence des relations anales à risque et sur ses déterminants.
Organisme de financement : IRSC (2012-2014)

Modalités d'application

Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comité¹.

Tout évènement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité.

Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au 16 octobre 2013. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis pour le 16 septembre 2013 : <http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humains/comites-reunions-formulaires-eth-humains/cierh/comite-institutionnel-ethique-de-la-recherche-avec-des-etres-humains.html>

Christa Japel, Ph.D.
Professeure
Présidente par intérim

16 octobre 2012

Date d'émission initiale du certificat

¹ Modifications apportées aux objectifs du projet et à ses étapes de réalisation, au choix des groupes de participants et à la façon de les recruter et aux formulaires de consentement. Les modifications incluent les risques de préjudices non-prévus pour les participants, les précautions mises en place pour les minimiser, les changements au niveau de la protection accordée aux participants en termes d'anonymat et de confidentialité ainsi que les changements au niveau de l'équipe (ajout ou retrait de membres).

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS

DOCUMENT D'INFORMATION POUR LE PARTICIPANT

Titre : *Effets du counseling basé sur l'entretien motivationnel dans le contexte de l'offre de dépistage rapide du VIH sur l'occurrence des relations anales à risque et sur ses déterminants auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HRS-H) à Montréal*

Chercheuse principale : Joanne Otis

Co-chercheurs : Karine Bertrand, Martin Blais, Bluma Brenner, Gilbert Émond, Gilles Lambert, Ken Monteith, Michel Roger, Robert Rousseau, Mark A. Wainberg

Institutions : UQAM; Centre de recherche du CHUM; Centre SIDA McGill; COCQ-SIDA; Direction de santé publique de Montréal; Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance; RÉZO; Université Concordia; Université de Sherbrooke.

Collaborations : Institut national de santé publique du Québec

1 JUSTIFICATION, BUT ET SUJETS DE L'ÉTUDE

L'objectif global du projet SPOT est d'améliorer les services de dépistage et de prévenir de nouvelles infections par le biais d'une offre de service de dépistage rapide, gratuit et anonyme du VIH et d'une offre de service de dépistage d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), destinée aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HRS-H).

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche à SPOT qui implique l'utilisation d'un type de counseling expérimental lors du dépistage du VIH et des ITSS. Cette recherche est financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) avec le soutien du Réseau SIDA / MI des Fonds de recherche du Québec - Santé et du Réseau canadien pour les essais VIH des IRSC (CTN).

Pour réaliser ce projet de recherche, nous cherchons à recruter 900 participants. Au cours de l'étude, 450 participants recevront le counseling expérimental («counseling basé sur l'approche de l'entretien motivationnel») et 450 participants recevront un counseling basé sur les lignes directrices québécoises pour le dépistage rapide du VIH («counseling standard»). Le but de l'étude est de déterminer si le counseling expérimental est efficace pour améliorer la prévention du VIH. Ce counseling expérimental a déjà été utilisé à SPOT et dans d'autres contextes, mais n'a jamais été directement comparé avec le counseling standard. Vous serez placé aléatoirement dans l'un des deux groupes pour recevoir l'un ou l'autre des types de counseling suivants (Groupe 1: le counseling expérimental; Groupe 2: le counseling standard). Vous ne saurez pas quel type de counseling que vous recevez. Nous réalisons cette recherche afin de savoir si le counseling expérimental fonctionne mieux que le counseling standard et afin de mieux comprendre l'expérience des participants qui reviennent régulièrement pour se faire dépister à SPOT. Tous les participants dans les deux groupes seront également invités à évaluer leur niveau de satisfaction avec les services qu'ils ont reçus.

Nous vous invitons à participer à cette étude si vous identifiez comme homme, vous êtes âgé de 18 ans ou plus, vous êtes résident du Québec, vous comprenez le français ou l'anglais et vous

Document d'information pour le participant

avez eu une relation sexuelle avec un autre homme au moins une fois. Si vous êtes un participant à l'essai Ipergay, il ne sera pas possible pour vous de participer à ce projet de recherche.

2 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

2.1 Interventions

Cette étude sera réalisée à l'aide d'un questionnaire (divisé en 2 parties) et des résultats de vos dépistages.

La rencontre sera d'une durée d'environ une heure et demie et se déroulera en trois étapes : rencontre pré-test, dépistage, rencontre post-test. Vous répondrez à une partie du questionnaire avant le counseling pré-test et à une autre partie à la fin de la rencontre. Il est possible que vous soyez rencontré uniquement par un infirmier (ou une infirmière), ou par un intervenant communautaire et un infirmier (ou une infirmière) qui travaillent ensemble.

Il est possible que la rencontre soit enregistrée. Cet enregistrement ne sera pas transcrit et servira exclusivement à la formation continue du personnel du projet qui offre le counseling. Vos propos ne seront pas analysés. Seuls les professionnels associés à l'équipe de recherche détenant une expertise en supervision clinique auront accès à l'enregistrement (les modalités pour préserver votre identité et la confidentialité de votre rencontre sont présentées au point 3).

Rencontre pré-test

Avant le dépistage, vous complèterez (avec l'aide d'un intervenant communautaire ou d'un infirmier) la première partie du questionnaire pour faire le bilan de vos pratiques sexuelles et de vos habitudes de dépistage (questionnaire T0-T1). Par la suite, la même personne discutera avec vous et vous amènera à explorer davantage vos comportements à risque ainsi que l'adoption et le maintien de pratiques sécuritaires et de routines de dépistage.

Dépistage

Après la rencontre pré-test, vous procéderez au dépistage avec l'infirmier. Il vous posera des questions sur votre état de santé et de bien-être général et discutera avec vous des options en termes de dépistage du VIH et d'autres ITSS en fonction de vos pratiques. L'infirmier vous expliquera la période fenêtre et les choix de test pour le VIH :

- Si vous choisissez le test de dépistage du VIH rapide (résultat dans quelques minutes), il fera une petite piqûre au bout du doigt pour prélever une à deux gouttes de sang.
- Si vous choisissez le test de dépistage du VIH standard (résultat dans 1 à 2 semaines), l'infirmier effectuera une prise de sang (1 tube de sang de 7 ml, environ la moitié d'une cuillère à soupe).
- Si vous voulez vous faire dépister pour d'autres ITSS, l'infirmier les effectuera aussi pendant la rencontre. Vous complèterez à ce moment une fiche d'inscription-usager afin de permettre au CSSS Jeanne Mance d'ouvrir votre dossier patient (seuls les tests de dépistage du VIH sont offerts sans ouverture de dossier). Ces informations permettent à l'infirmier de vous recontacter dans 1 à 2 semaines pour vous donner vos résultats de dépistage. Aucune association ne sera faite entre votre fiche d'inscription au CSSS Jeanne Mance et vos réponses aux questionnaires de recherche, ni votre code de participant.

Document d'information pour le participant

Le résultat du test pour le VIH pourrait vous être transmis par l'infirmier ou par l'infirmier et l'intervenant ensemble :

- Si vous avez choisi le test rapide, vous aurez le résultat dans quelques minutes. Dans le cas où le résultat du test n'indique aucune présence d'anticorps anti-VIH (*résultat négatif ou non réactif*), aucune prise de sang supplémentaire n'est nécessaire. Si le test indique la présence possible d'anticorps anti-VIII (c'est-à-dire la présence possible du virus dans votre sang – *résultat réactif*), l'infirmier fera une prise de sang pour un prélèvement (1 tube de sang de 7 ml, environ la moitié d'une cuillère à soupe) afin d'effectuer un test de confirmation pour lequel vous recevrez le résultat dans 1 à 2 semaines. Dans les très rares cas où le test ne permet pas clairement d'affirmer la présence ou l'absence d'anticorps anti-VIH, soit à cause d'un problème relié à la trousse de dépistage utilisée (*résultat non valide*), soit parce que le résultat est flou (*résultat indéterminé*), l'infirmier fera également une prise de sang pour un prélèvement (1 tube de sang de 7 ml, environ la moitié d'une cuillère à soupe) afin d'effectuer un test de confirmation.
- Si vous avez choisi le test standard pour le VIH et/ou si vous avez des dépistages pour d'autres ITSS, vous recevrez les résultats lors d'une deuxième rencontre. Avant de quitter, vous prendrez rendez-vous avec l'infirmier dans 1 à 2 semaines pour la remise des résultats. Après cette deuxième rencontre, l'infirmier complétera une fiche où les résultats des dépistages ainsi que votre code de participant seront indiqués. Une copie de cette fiche sera jumelée à votre questionnaire. Afin de préserver votre anonymat, votre nom n'apparaîtra pas sur cette fiche et aucune association ne sera faite avec vos informations personnelles. La fiche ne sera pas ajoutée à votre dossier patient au CSSS Jeanne-Mance.

Rencontre post-test et conclusion de la rencontre

Après le dépistage pour le VIH, vous procéderez au counseling post-test avec l'infirmier ou l'intervenant communautaire. Il est possible que l'infirmier ou l'intervenant vous demande également de compléter une fiche de suivi (afin de laisser votre courriel et/ou téléphone) et de prendre rendez-vous dans trois mois pour une rencontre de suivi. La fiche de suivi sera conservée séparément. Seul le personnel de recherche responsable de faire les relances téléphoniques ou par courriel aura accès à ces informations personnelles. Le résultat de votre test pour le VIH restera anonyme.

Avant de quitter, vous serez invité à remplir la deuxième partie du questionnaire portant sur votre satisfaction à l'égard de la rencontre. Une fois complété, votre questionnaire sera placé dans une enveloppe qui sera scellée.

Rencontres de suivi

Si nous vous avons invité à prendre rendez-vous dans 3 mois pour une rencontre de suivi, nous vous recontacterons par téléphone ou par courriel deux semaines avant le rendez-vous pour confirmer ou ajuster la date et l'heure de la rencontre de suivi. Lors de cette rencontre, vous serez accueilli par un agent de recherche ou un intervenant dans les locaux de SPOT pour compléter le questionnaire de suivi (questionnaire T2) d'une durée de 20 minutes. Vous aurez la possibilité de vous faire dépister à nouveau, si vous le voulez. La réalisation de ce questionnaire de suivi nous permettra d'évaluer l'efficacité à court terme du counseling que vous avez reçu lors de votre première rencontre.

Document d'information pour le participant

À la fin de cette rencontre, vous prendrez à nouveau rendez-vous dans trois mois pour compléter le dernier questionnaire de suivi (questionnaire T3) d'une durée de 20 minutes. Nous vous recontacterons par téléphone ou par courriel deux semaines avant le rendez-vous pour confirmer ou ajuster la date et l'heure de la rencontre et vous aurez la possibilité de vous faire dépister à nouveau, si vous le voulez. La réalisation de ce questionnaire de suivi nous permettra d'évaluer l'efficacité à moyen terme du counseling que vous avez reçu lors de votre première rencontre.

2.3 Remboursement et compensation financière

Votre participation à cette étude sera entièrement gratuite. Vous n'aurez rien à payer pour les procédures de recherche. Afin de vous rembourser pour vos dépenses encourus dans le cadre de votre participation aux rencontres de suivi (p. ex. frais de voyage, frais de garde d'enfants), une compensation financière de 20 \$ vous sera versée à la première rencontre de suivi dans trois mois et une compensation financière de 40 \$ vous sera versée à la dernière rencontre de suivi dans six mois.

2.3 Durée du projet de recherche

Le projet débutera en juillet 2013 et se terminera le 30 juin 2015.

3 CONFIDENTIALITÉ ET MONITORAGE DES DONNÉES

3.1 Identification des questionnaires et des fichiers numériques

Nous protégerons la confidentialité des données et des questionnaires en vous assignant un code aléatoire non nominal (code du participant). À chaque fois que vous vous présenterez dans le cadre de ce projet de recherche, ce même code sera utilisé, ce qui permettra de relier les questionnaires tout en préservant votre anonymat.

3.2 Confidentialité des données, gestion des échantillons sanguins, durée et lieu de conservation des questionnaires et fichiers numériques

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront confidentiels. Les échantillons sanguins pour le test standard et pour les dépistages d'autres ITSS seront acheminés à l'hôpital St-Luc sous la responsabilité du CSSS Jeanne-Mance. Les versions papier des formulaires de consentement, des questionnaires et des fiches de suivi seront entreposées séparément et dans des filières fermées à clé à la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé de l'UQAM. Les questionnaires seront saisis dans une base de données électronique protégée par un mot de passe. Si la rencontre a été enregistrée, le fichier numérique de l'enregistrement sera sauvegardé à la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé de l'UQAM sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Il ne sera pas transcrit et sera accessible uniquement aux professionnels de recherche responsables de la formation continue des intervenants et infirmiers. Les formulaires de consentement, les fiches de suivi et les enregistrements numériques seront détruits 2 ans après la fin du projet. Les questionnaires seront détruits 10 ans après la fin du projet. Les données de l'étude pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres chercheurs lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

3.3 Monitoring des données en lien avec la protection des participants

Projet SPOT

Document révisé : 31 mars 2015

Page 4 de 6

Initiales du participant _____

Document d'information pour le participant

Le comité scientifique de l'étude, composé de la chercheuse principale et des co-chercheurs, est responsable d'assurer la protection des participants tout au long de la recherche. Le comité a accès aux informations recueillies à partir des questionnaires de recherche et fera un monitoring de ces données, mais n'aura pas accès à votre nom ni à d'autres informations qui pourraient servir à vous identifier. Le comité scientifique se réunit trois fois par an.

4 BÉNÉFICES

Nous ne pouvons pas vous assurer que vous retirerez un bénéfice personnel en participant au projet de recherche et il est possible que votre participation à ce projet ne vous apporte aucun bénéfice. Cependant, vous aurez accès à une équipe d'intervenants qualifiés avec qui vous pourrez faire le point sur votre santé sexuelle et les dépistages que vous voulez recevoir. Il peut être bénéfique pour vous de connaître votre statut sérologique au VIH et votre statut en ce qui concerne d'autres ITSS. Par ailleurs, les résultats obtenus par la recherche contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine du VIH et à la mise en place de services adaptés aux besoins des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes.

5 RISQUES

5.1 Risques physiques

Les prises de sang pour le dépistage du VIH et des ITSS ne causent pas de problèmes graves la plupart du temps, mais elles peuvent entraîner des évanouissements, des étourdissements et rarement des dommages aux nerfs de même que des saignements, des ecchymoses (bleus), des infections et/ou une douleur au point de piqûre.

Bien qu'extrêmement rare, la possibilité d'un résultat faussement négatif ou faussement positif du dépistage pour le VIH est aussi un risque. L'équipe vous offrira les informations et le soutien nécessaires pour comprendre la signification et les limites du résultat de votre test.

5.2 Risques psychosociaux

L'un des risques associés au projet de recherche est la nature très privée des questions qui sont posées. Vous pourriez être ébranlé par certaines questions. Vous pouvez refuser de répondre à toute question que vous rend mal à l'aise.

Un autre risque est lié au malaise ou à la détresse susceptible de survenir en cas d'un résultat réactif (positif) au test de dépistage pour le VIH. Selon le résultat de votre test, l'équipe vous offrira les informations nécessaires ainsi qu'un soutien personnalisé et vous aidera à trouver un suivi médical et psychosocial répondant à vos besoins, si vous le souhaitez.

6 LIBERTÉ DE PARTICIPATION

Vous êtes libre de participer ou non à cette étude. Vous pouvez également décider d'interrompre votre participation à tout moment. Dans ce cas, toutes vos informations recueillies pour les fins de l'étude seront supprimées de nos filières et de nos bases de données et seront détruites de manière sécurisée. Votre décision sera respectée et n'entraînera aucune pénalité ou perte d'avantages au site de l'étude ou ailleurs dans le réseau de la santé. Vous pouvez toujours vous faire dépister à SPOT même si vous décidez de ne pas participer à ce projet de recherche.

7 DROITS LÉGAUX

Document d'information pour le participant

En signant le présent formulaire, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs, le site de l'étude et les organismes subventionnaires de leurs responsabilités civile et professionnelle.

8 DIFFUSION DES RÉSULTATS D'ESSAI

Les données de cette étude pourront être publiées dans des revues scientifiques et dans les médias communautaires (p. ex. *Fugues*). Elles pourront également être présentées lors de conférences et être partagées avec des groupes communautaires. Des activités telles que des tables rondes et des forums communautaires pourront être réalisées afin de partager les résultats de la recherche avec des membres de la communauté et des décideurs politiques. Aucune publication ou présentation ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

9 PERSONNES RESSOURCES

Si vous souhaitez obtenir davantage d'information sur l'infection par le VIH ou du soutien additionnel, l'équipe d'intervenants pourra vous informer sur les ressources pertinentes à consulter. Pour des questions relatives à cette étude, vous pouvez contacter le coordonnateur de recherche, Thomas Haig, au 514-987-3000, poste 3279. Pour des questions additionnelles, vous pouvez également contacter la chercheuse principale, Joanne Otis, au 514-987-3000, poste 7874.

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR) a approuvé ce projet de recherche (certificat no. S-701873). Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la présidence du CIÉR, par l'intermédiaire de son secrétariat au 514-987-3000, poste 7753 ou par courriel à ciereh@uqam.ca.

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS Jeanne-Mance a également approuvé ce projet de recherche (dossier no. CSSSJM-2013-01-06). Vous pouvez soumettre une plainte en contactant le commissaire local aux plaintes du CSSS Jeanne-Mance au 514-525-1900, poste 6207.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre : *Effets du counseling basé sur l'entretien motivationnel dans le contexte de l'offre de dépistage rapide du VIH aux HRSH montréalais (projet SPOT) sur l'occurrence des relations anales à risque et sur ses déterminants..*

Cochez SVP :

- Je déclare avoir lu le présent document d'information sur la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des bénéfices et risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision. Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. Je consens à ce que des informations soient compilées de manière anonyme au sujet de mes pratiques sexuelles, de mes habitudes de dépistage et des résultats de dépistage. Si on m'invite à le faire, je consens également à répondre à deux questionnaires de suivi, trois mois et six mois après ma participation initiale au projet.
- Je consens que la rencontre soit enregistrée afin de permettre la formation continue du personnel du projet qui offre le counseling.

En cochant les énoncés qui me conviennent et en signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux, ni ne libère les chercheurs, le site de l'étude et les organismes subventionnaires de leur responsabilité civile et professionnelle. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

Prénom du participant de l'étude : _____

Signature : _____ *Date :* _____
(jj/mm/aa)

Nom de la personne désignée par la chercheuse principale : _____

Je certifie que j'ai expliqué au participant la nature du projet de recherche ainsi que le contenu du présent formulaire, que j'ai répondu à toutes ses questions et que j'ai indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation. Une copie signée du présent formulaire de consentement lui est remise.

Signature : _____ *Date :* _____
(jj/mm'aa)

Le présent consentement est signé en deux exemplaires : un exemplaire pour le chercheur et un exemplaire pour le participant.

BIBLIOGRAPHIE

- ACCM. (2017). Récupéré de <http://www.jacketjacques.ca/prevention-Sida-VIH-ITS-accueil>
- Adler, P. A., et Adler, P. (2008). The Cyber Worlds of Self-Injurers: Deviant Communities, Relationships, and Selves. *Symbolic Interaction*, 31(1), 33-56. doi:10.1525/si.2008.31.1.33.
- Agence de la santé publique du Canada. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. (2011). *M-Track : Surveillance améliorée de l'infection au VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associées chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada*. Ottawa : Canada. Récupéré de <http://publications.gc.ca/site/eng/410507/publication.html>
- Agence de la santé publique du Canada. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. (2015). *Actualités en épidémiologie du VIH/sida : Estimations de l'incidence et de la prévalence, et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014*, Ottawa : Canada. Récupéré de <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/diseases-conditions-maladies-affections/hiv-aids-estimates-2014-vih-sida-estimations/alt/hiv-aids-estimates-2014-vih-sida-estimations-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada. (2015). *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014*. Ottawa : Canada. Récupéré de <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/diseases-conditions-maladies-affections/hiv-aids-surveillance-2014-vih-sida/alt/hiv-aids-surveillance-2014-vih-sida-fra.pdf>
- Altman, D. (1979). *Coming Out in the Seventies*. Sydney: Wild and Wolley.
- Altman, D. (1982). *The Homosexualization of America: The Americanization of the Homosexual*. New York: St. Martin's Press.

- Aggleton, P. et Parker, R. (2015). Moving Beyond Biomedicalization in the HIV Response: Implications for Community Involvement and Community Leadership Among Men Who Have Sex with Men and Transgender People. *American Journal of Public Health*, 105, (8), 1552-1558.
doi: [10.2105/AJPH.2015.302614](https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302614)
- Auger, J.A. et Krug, K. (2013). *Under the Rainbow: A Primer on Queer Issues in Canada*. Fernwood Publishing: Halifax et Winnipeg.
- Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : Éditions de Boeck Université.
- Baggaley, R.F., White, R.G. et Boily, M.C. (2010). HIV Transmission Risk through Anal Intercourse: Systematic Review, Meta-Analysis and Implications for HIV Prevention. *International Journal of Epidemiology*, 39, 1048-1063.
doi:10.1093/ije/dyq057
- Baron, R. M., et Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Berg, R. C. (2008). Barebacking Among MSM Internet Users. *AIDS Behaviors*, 12, 822-833. doi: [10.1007/s10461-007-9281-0](https://doi.org/10.1007/s10461-007-9281-0)
- Berkowitz, R. et Berkowitz, R. (2003). *Stayin' Alive: The Invention of Safe Sex, a Personal History*. Boulder, CO: Westview Press.
- Bérubé, A. (2003). The History of Gay Bathhouses, *Journal of Homosexuality*, 44(3-4), 33-53. doi: [10.1300/J082v44n03_03](https://doi.org/10.1300/J082v44n03_03)
- Beymer, M.R., Weiss, R.E., Bolan R.K., Rudy, E.T., Bourque, L.B., Rodriguez, J.P. et Morisky, D.E. (2014). Sex on Demand: Geosocial Networking Phone Apps and Risk of Sexually Transmitted Infections Among a Cross-Sectional Sample of Men Who Have Sex With Men in Los Angeles County. *Sexually Transmitted Infections*, 90, 567-572. doi:10.1136/sextrans-2013-051494

- Binson, D., Blea, L., Cotten, P. D., Kant, J., et Woods, W. J. (2005). Building an HIV/STI Prevention Program in a Gay Bathhouse: A Case Study. *AIDS Education and Prevention*, 17(4), 386-399.
- Binson, D., Pollack, L., Blair, J. et Woods, W. (2010). HIV Transmission Risk at a Gay Bathhouse. *Journal of Sexual Research*, 47(6), 580-588.
- Blais, M., Otis, J. et l'Équipe Phénix. (2008). *Phénix : conjuguer érotisme et réduction des risques, programme pour hommes gais et bisexuels. Guide de l'animateur*, Département de sexologie, Faculté des sciences humaines, Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé et Université du Québec à Montréal, Montréal. ISBN : 2-922432-20-3.
- Bolding, G., Davis, M., Hart, G., Sherr, L. et Elford, J. (2005). Gay Men Who Look for Sex on the Internet: is There More HIV/STI Risk With Online Partners? *AIDS*, 19, 961-68. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15905678>
- Bolding, G., Davis, M., Hart, G., Sherr, L. et Elford, J. (2007). Where Young MSM Meet Their First Sexual Partner: the Role of the Internet. *AIDS Behaviour*, 11: 522-526 doi: 10.1007/s10461-007-9224-9
- Bronfenbrenner U. (1994). Ecological Model of Human Development. Dans *International Encyclopedia of Education*, Vol 3, 2nd Edition. Oxford: Elsevier. Reprinted in: Gauvain, M. Cole. M. (dir.), *Reading on the development of Children*, 2nd Edition (1993), 37-43. New York: Freeman.
- Browning, F. (1993). *La culture du désir*. New York: Crown Publisher, (trad.), Peltier, S., Leclercq, V., Lechevalier, S. (1997), DLM Editions.
- Bull, S., et McFarlane, M. (2000). Soliciting Sex on the Internet: What Are the Risks for Sexually Transmitted Diseases and HIV? *Sexually Transmitted Diseases*, 27(9), 545-550. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11034529>

- Bull, S. S., McFarlane, M. et Rietmeijer, C. (2001). HIV and Sexually Transmitted Infection Risk Behaviors Among Men Seeking Sex With Men On-Line. *American Journal of Public Health*, 91(6), 988-989. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446481/pdf/11392947.pdf>
- Burrell, E. R., Pines, H. A., Robbie, E., Coleman, L., Murphy, R. D., Hess, K. L., Anton, P. et Gorbach, P. M. (2012). Use of the Location-Based Social Networking Application GRINDR as a Recruitment Tool in Rectal Microbicide Development Research. *AIDS Behaviours*; 16, 1816-1820. doi:10.1007/s10461-012-0277-z.
- Calzavara, L., Burchell, A.N., Remis, R.S., Major, C., Corey, P., Myers, T., Millson, M., Wallace, E. et the Polaris Study Team. (2003). Delayed Application of Condoms Is a Risk Factor for Human Immunodeficiency Virus Infection among Homosexual and Bisexual Men. *American Journal of Epidemiology*, 157, 210-217. doi: 10.1093/aje/kwf195
- Carballo-Diéguez, A., Ventuneac, A., Bauermeister, J., Dowsett, G. W., Dolezal, C., R. Remien, H., Balan, I. et Rowe, M. (2009). Is 'Bareback' a Useful Construct in Primary HIV-Prevention? *Definitions, identity and research, Culture, Health & Sexuality*, 11(1), 51-65, doi:10.1080/13691050802419467
- Card, K. G., Lachowsky, N. J., Cui, Z., Shurgold, S., Gislason, M., Forrest, J. I., ... et Hogg, R. S. (2016). Exploring the Role of Sex-Seeking Apps and Websites in the Social and Sexual Lives of Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex With Men: a Cross-Sectional Study. *Sexual health*, 14(3), 229-237.
- Carpiano, R. M., Kelly, B. C., Easterbrook, A. et Parsons, J. T. (2011). Community and Drug Use among Gay Men: The Role of Neighborhoods and Networks. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(1) 74-90. doi: 10.1177/0022146510395026
- CBRC. (2016). Générations gaies : Parcours de vie et santé des hommes gais : Résultats du questionnaire national Sexe au présent. *Community-Based Research Centre for Gay Men Health*. Vancouver. Récupéré de <http://cbrc.net/node/966>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Prevalence and Awareness of HIV Infection Among Men Who Have Sex With Men—21 Cities, United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(37), 1201-1207. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20864920>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *HIV Surveillance Report, 2015* (27). Récupéré de <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>
- Chapple, M. J., Kippax, S., et Smith, G. (1998). “Semi-Straight Sort of Sex”, *Journal of Homosexuality*, 35(2), 65-83, doi:10.1300/J082v35n02_04
- Chauncey, G. (1994). *Gay New York: Gender, Urban Culture, and the Making of the Gay Male World, 1890-1940*; New York: Basic Books.
- Cook-Daniels, L. (2008). Living Memory GLBT History Timeline: Current Elders Would Have Been This Old When These Events Happened ..., *Journal of GLBT Family Studies*, 4(4), 485-497. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2443/10.1080/15504280802191731>
- Davis, M., Hart, G., Bolding, G., Sherr, L. et Elford J. (2006a). E-dating, Identity and HIV Prevention: Theorising Sexualities, Risk and Network Society. *Sociology of Health & Illness*, 28(4), 457-478 doi: 10.1111/j.1467-9566.2006.00501.x
- Davis, M., Hart, G., Bolding, G., Sherr, L. et Elford, J. (2006b). Sex and the Internet: Gay men, Risk Reduction and Serostatus. *Culture, Health & Sexuality*, 8(02), 161-174, doi: 10.1080/13691050500526126.
- Davis M. (2007). The ‘Loss of Community’ and Other Problems for Sexual Citizenship in Recent HIV Prevention. *Sociology of Health and Illness*, 30(2), 182-196.
- Demczuk, I. et Remiggi F. W. (dir.). (1998). *Sortir de l'ombre: Histoires des communautés lesbienne et gaie de Montréal*. Montréal: VLB éditeur.

- Daskalakis, D., Silvera, R., Bernstein, K., Stein, D., Hagerty, R., Hutt, R. ... et Marmor, M. (2009). Implementation of HIV Testing at 2 New York City Bathhouses: From Pilot to Clinical Service. *HIV/AIDS, CID*, 48, 1609-1616. doi: 10.1086/598979
- DiFranceisco, W., McAuliffe, T. L. et Sikkema, K. J. (1998). *AIDS Behavior*, 2(4): 329-337. doi.org/10.1023/A:1022674125756
- Direction de santé publique, Bilodeau, A., Galarneau, M., Beauchemin, J., Bourque, D. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2012). *L'expérimentation de stratégies de partage et utilisation des connaissances dans le champ montréalais de la prévention des ITSS : Montréal [Document Pdf]*. Récupéré de https://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-207-4.pdf
- Downing, M. J. (2012). Using the internet in pursuit of public sexual encounters is frequency of use associated with risk behavior among MSM? *American Journal of Men's Health*, 6, 18-27. doi:10.1177/1557988311407906
- Dowsett, G.W. (2009). Dangerous Desires and Post-Queer HIV Prevention: Rethinking Community, Incitement and Intervention. *Social Theory & Health*, 7, 218-240. doi:10.1057/sth.2009.1
- Elford, J., Bolding, G. et Sherr, L. (2001). Seeking sex on the Internet and Sexual Risk Behaviour Among Gay Men Using London Gyms, *AIDS*, 15, 1409-1415. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11504962>
- Elford, J., Bolding, G., Davis, M., Sherr, L. et Hart, G. (2004). Web-Based Behavioural Surveillance Among Men Who Have Sex With Men: a Comparison of Online and Offline Samples in London, UK, *Journal of AIDS*, 35(4), 421-426. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15097159>
- Émond, G. (2009). Renouveler l'intervention en prévention du VIH à Montréal: Une représentation du complexe d'interventions. doi: 10.4000/communiquer.298

- Fernández, M.I., Warren, J.C., Varga, L. M., Prado, G., Hernandez, N. et Bowe, G. S. (2007). Cruising in Cyber Space, *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 6(2), 143-162, doi:10.1300/J233v06n02_09
- Fisher, J. D. (1988). Possible Effects of Reference Group-Based Social Influence on AIDS-Risk Behavior and AIDS-Prevention. *Special Issue: Psychology and AIDS. American Psychologist*, 43, 914-920. Récupéré de <http://dx.doi.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/10.1037/0003-066X.43.11.914>
- Fotheringham, M. J., Owies, D., Leslie, E. et Owen, N. (2000). Interactive Health Communication in Preventive Medicine Internet-Based Strategies in Teaching and Research. *American Journal of Preventive Medicine*;19(2), 113-120. Récupéré de [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00188-4](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00188-4)
- George, C, Alary, M, Otis J, Demers, E., Mâsse, B., Lavoie, R. ... The Omega Study group: Omega Cohort: Montréal, Québec. (2006). Nonnegligible Increasing Temporal Trends in Unprotected Anal Intercourse Among men who have Sexual Relations with Other men in Montreal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(3), 365-370. doi : 10.1097/01.qai.0000209904.97502.2b
- Girard, G. (2016) HIV Risk and Sense of Community: French Gay Male Discourses on Barebacking, *Culture, Health & Sexuality*, 18(1), 15-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2015.1063813>
- Giraud, C. (2012). La vi(II)e en rose ? Quartiers gays et trajectoires homosexuelles à Paris et à Montréal », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 5(195), 38-57. doi : 10.3917/arss.195.0038
- Goltz, D. B. (2014). "We're Not in Oz Anymore": Shifting Generational Perspectives and Tensions of Gay Community, Identity, and Future. *Journal of Homosexuality*, 61(11), 1503-1528, doi: 10.1080/00918369.2014.944042

- Gomillion, S. C., et Guiliano, T. A. (2011). The Influence of Media Role Models on Gay, Lesbian, and Bisexual Identity. *Journal of Homosexuality*, 58, 330-354. Récupéré de <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2443/10.1080/00918369.2011.546729>
- Gouvernement du Québec. (2014). Consensus d'experts : charge virale et risque de transmission du VIH : Rapport. Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut National de Santé Publique du Québec. [Document Pdf]. Récupéré de https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1812_Charge_Virale_VIH.pdf
- Gouvernement du Québec. (2014). Institut National de Santé Public du Québec. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2013. Récupéré de https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1919_programme_surveillance_infection_vih_2013.pdf
- Grant, R. M., Lama, J. R., Anderson, P. L., Pharm. D., McMahan, V., Liu, A. Y., Lorena Vargas, P. G., et the iPrEx Study Team. (2010). Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *New England Journal of Medicine*. 2010; 363(27): 2587-2599. doi:10.1056/NEJMoa1011205.
- Grosskopf, N.A., LeVasseur, M.T. et Glaser, D.B. (2014). Use of the Internet and Mobile-Based "Apps" for Sex-Seeking Among Men Who Have Sex With Men in New York City. *American Journal of Men's Health*, 8(6), 510-520. doi: 10.1177/1557988314527311.
- Grov, C., Parsons, J. T., et Bimbi, D. S. (2007). Sexual risk behavior and venues for meeting sex partners: An intercept survey of gay and bisexual men in LA and NYC. *AIDS and Behavior*, 11, 915-926. doi: 10.1007/s10461-006-9199-y

- Grov, C. (2012). HIV Risk and Substance Use in Men Who Have Sex with Men Surveyed in Bathhouses, Bars/Clubs, and on Craigslist.org : Venue of Recruitment Matters. *AIDS Behavioral*, 16, 807-817. Récupéré de <https://link-springer-com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2443/article/10.1007/s10461-011-9999-6>
- Herdt, G. (1992). Coming out as a rite of passage: A Chicago study. *Gay culture in America: Essays from the field*, 29-67.
- Hensel, D. J., Rosenberger, J. G., Novak, D. S. et Reece, M. (2012). Sexual Event-Level Characteristics of Condom Use During Anal Intercourse Among HIV-Negative Men Who Have Sex With Men. *Sexually Transmitted Diseases*, 39, 7, 550-555. DOI: 10.1097/OLQ.0b013e31824f1da4.
- Higgins, R. (1997). A Sense of Belonging: Pre-liberation Space, Symbolics, and Leadership in Gay Montreal. (Thèse de doctorat). (NQ36983) Récupéré de <https://search.proquest.com/docview/304397920/>
- Hinrichs, D.W. (2011). *Montreal's Gay Village: The Story of a Unique Urban Neighborhood through the Sociological Lens*, Indiana: iUniverse.
- Holloway, I. W., Rice, E., et Kipke, M. D. (2014). Venue-Based Network Analysis to Inform HIV Prevention Efforts Among Young Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men. *Prevention Science*, 15(3), 419-427. doi: 10.1007/s11121-014-0462-6
- Holloway, I. W., Pulsipher, C. A., Gibbs, J., Barman-Adhikari, A. et Rice, E. (2015). Network Influences on the Sexual Risk Behaviors of Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex with Men Using Geosocial Networking Applications. *Journal of AIDS and Behaviors*, 19, 112-122. doi: 10.1007/s10461-014-0989-3
- Holt, M, Lee, E., Prestage, G. P., Zablotska, I., de Wit, J. et Mao, L. (2013). The Converging and Diverging Characteristics of HIV-Positive and HIV-Negative Gay Men in the Australian Gay Community Periodic Surveys, 2000–2009, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 25(1), 28-37, doi: 10.1080/09540121.2012.686598

- Holt, M. (2011). Gay Men and Ambivalence About 'Gay Community': From Gay Community Attachment to Personal Communities, *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 13(8), 857-871, doi: 10.1080/13691058.2011.581390
- Huebner, D., Binson, D., Pollack, L., et Woods, W. (2012). Implementing Bathhouse Based Voluntary Counseling has no Adverse Effect on Bathhouse Patronage Among men who have sex with men. *International Journal of STD's and AIDS*, 23(3), 182-184. doi:10.1258/ijsa.2009.009318.
- Israël, B.A., Checkoway, B. Schulz, A., et Zimmerman, M. (1994). Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. *Health Education Quarterly*, 21(2), 149-170. Récupéré de <https://doi.org/10.1177/109019819402100203>
- Israël, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A. et Becker, A. B. (1998). Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual Review of Public Health*, 19, 173-202. Récupéré de <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>
- Jacobs, R. J., Kane, M. N. et Ownby, R. L. (2012). Condom Use, Disclosure, and Risk for Unprotected Sex in HIV-Negative Midlife and Older Men Who Have Sex With Men. *American Journal of Men's Health*, 7(3), 186-197. doi: 10.1177/1557988312463417
- James, L. R. et Brett, J. M. (1984). Mediators, Moderators and Test for Mediation. *Journal of Applied Psychology*, 69, 307-321.
- Judd, C. M. et Kenny, D. A. (1981). Process Analysis : Estimating Mediation in Treatment Evaluations. *Evaluation Review*, 5, 602-619,
- Kaufman, M., Cornish, F., Zimmerman, R. S. et Johnson, B. T. (2014). Health Behavior Change Models for HIV Prevention and AIDS Care: Practical Recommendations for a Multi-Level Approach. *Journal of Acquired Immune Deficit Syndromes*, 66, 250-258. doi:10.1097/QAI.0000000000000236

- Kelly, J. G., Ryan, A. M., Altman, B. E., et Stelzner, S. P. (2000). Understanding and changing social systems: An ecological view. Dans Rappaport, J. et Seidman, E. (dir.), *Handbook of community psychology* (133-159). Massachusetts: Kluwer Academic Publishers.
- Kelly, J. A., Amirkhanian, Y.A., Seal, D.W., Galletly, C.M., Di Franceisco, W., Glasman, L.R., Stevenson, L.Y. et Rosado, N. (2010). Levels and Predictors of Sexual HIV Risk in Social Networks of Men Who Have Sex With Men in the Midwest. *AIDS Education and Prevention*, 22(6), 483-495.
- Kelly, B. C., Carpiano, R. M., Easterbrook, A. et Parsons, J. T. (2012). Sex and the Community: the Implications of Neighbourhoods and Social Networks for Sexual Risk Behaviours Among Urban Gay Men. *Sociology of Health & Illness*, 34(7), 1085-1102 doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01446.x
- Kippax, S., Crawford, J., Davis, M., Rodden, P. et Dowsett, G.W. (1993). Sustaining Safe Sex: A Longitudinal Study of a Sample of Homosexual Men. *AIDS*, 7, 257-263.
- Kippax, S., Race, K. (2003) Sustaining Safe Practice: Twenty Years on. *Social Science & Medicine* 57, 1-12.
- Klein, H. (2012). Anonymous Sex and HIV Risk Practices Among Men Using the Internet Specifically to Find Male Partners for Unprotected Sex. *Public Health*, 126, 471-481. doi:10.1016/j.puhe.2012.01.023
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Qualitative and Quantitative: International Journal of Methodology*, 47(4), 2025-2047. doi 10.1007/s11135-011-9640-9
- Landovitz, R.J., Tseng C.H., Weissman M., Haymer, M., Mendenhall, B., Rogers, K., Veniegas, R., Gorbach, P.M., Reback, C.J. et Shoptaw, S. (2012). Epidemiology, Sexual Risk Behavior, and HIV Prevention Practices of men who have sex with men Using GRINDR in Los Angeles, California. *Journal of Urban Health*, 90, 729-739. doi:10.1007/s11524-012-9766-7

- Lambert, G., Cox, J., Hottes, T. S., Tremblay, C., Frigault, L. R., Alary, M., Otis, J., Remis, R. S. et The M-Track Study Group. (2011). Correlates of Unprotected Anal Sex at Last Sexual Episode: Analysis from a Surveillance Study of Men who have Sex with Men in Montreal
- Latkin, C.A., Forman, V., Knowlton, A. et Sherman, S. (2003). Norms, Social Networks, and HIV-Related Risk Behaviors Among Urban Disadvantaged Drug Users. *Social Science & Medicine*, 56, 465-476. Récupéré de [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00047-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00047-3)
- Latkin, C. A. et Knowlton, A. R. (2005) Micro-Social Structural Approaches to HIV Prevention: a Social Ecological Perspective, *AIDS Care*, 17(1), 102-113, doi:10.1080/0954012050012118
- Lelutiu-Weinberger, C., Pachankis, J. E., Golub, S. A., Walker, J. J., Bamonte, A. J. et Parsons, J. T. (2013). Age Cohort Differences in the Effects of Gay-Related Stigma, Anxiety and Identification with the Gay Community on Sexual Risk and Substance Use. *AIDS Behaviour*, 17, 340-349.
- Lewis, N. M., Bauer, G. R., Coleman, T. A., Blot, S., Pugh, D., Fraser, M. et Powell, L. (2015). Community Cleavages: Gay and Bisexual Men's Perceptions of Gay and Mainstream Community Acceptance in the Post-AIDS, Post-Rights Era, *Journal of Homosexuality*, 62(9), 1201-1227. doi: 10.1080/00918369.2015.1037120
- Liau, A., Millett, G. et Marks, G. (2006). Meta-Analytic Examination of Online Sex-Seeking and Sexual Risk Behavior Among men who have sex with men. *Sexually Transmitted Diseases*, 33, 576-584. doi: 10.1097/01.olq.0000204710.35332.c5
- Mettey, A., Crosby, R., DiClemente, R. et Holtgrave, D. (2003). Associations Between Internet Sex Seeking and STI Associated Risk Behaviours Among men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infection*, 79, 466-468. Récupéré de <http://dx.doi.org/10.1136/sti.79.6.466>

- Miller, B. (2015). "They're the Modern-Day Gay Bar": Exploring the uses and gratifications of social networks for men who have sex with men. *Computers in Human Behavior*, 51, 476-482. Récupéré de <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2015.05.023>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Alain Poirier et André Dontigny, (dir.). (2010). *L'épidémie silencieuse : Le Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Québec [Document Pdf]. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2014). Les activités de prévention auprès des hommes gais et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes : rapport sur la consultation auprès des porteurs régionaux du dossier ITSS. [Document Pdf]. *Bibliothèque et Archives nationales du Québec*, 12 p. ISBN : 978-2-550-70966-4
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Direction des risques biologiques et de la santé au travail. Venne, S., Lambert, G., Blouin, K. (2014). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2013 (et projections 2014) Rapport*. [Document Pdf]. Récupéré de https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1920_Portrait_ITSS_2013_Projections_2014.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Guide Québécois de dépistage : infections transmissibles sexuellement et pas le sang. Mise à jour juin 2017*. [Document Pdf]. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-308-06W.pdf>
- Moore, D. M., Kanters, S., Michelow, W., Gustafson, R., Hogg, R. S., Kwag, M. ... et the ManCount Study Team. (2012). Implications for HIV Prevention Programs From a Serobehavioural Survey of Men Who Have Sex With Men in

Vancouver, British Columbia: The ManCount Study. *Canadian Journal of Public Health*, 103(2), 142-46. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/41995727>

- Mullens, A. B., Staunton, S., Debattista, J., Hamernik, E. et Gill D. (2009). Sex on Premises Venue (SOPV) Health Promotion Project in Response to Sustained Increases in HIV Notifications. *Sexual Health*, 6, 41-44. doi: 10.1071/SH07087
- Murphy, P. J., Hevey, D., O'Dea, S., Ni Rathaille, N. et Mulcahy, F. (2015). Optimism, community attachment and serostatus disclosure among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Care*, 27(4), 431-435. doi: 10.1080/09540121.2014.987105
- Mustanski, B. S., Newcomb, M. E., Du Bois, S. N., Garcia, S.C. et Grov, C. (2011). HIV in Young Men Who Have Sex with Men: A Review of Epidemiology, Risk and Protective Factors, and Interventions, *The Journal of Sex Research*, 48, (2-3), 218-253, doi: 10.1080/00224499.2011.558645
- Mutchler, M. G., Bingham, T., Chion M., Jenkins, R. A., Klosinski, L. E. et Secura, G. (2003). Comparing Sexual Behavioral Patterns Between Two Bathhouses, *Journal of Homosexuality*, 44(3-4), 221-242. doi: 10.1300/J082v44n03_10
- Mutchler, M. G. et McDavitt, B. (2011). 'Gay boy Talk' Meets 'Girl Talk': HIV Risk Assessment Assumptions in Young Gay Men's Sexual Health Communication With Best Friends. *Health Education Research*, 26(3), 489-505. doi:10.1093/her/cyq069
- O'Donnell, L., Agronick, G., San Doval, A., Duran, R., Myint-U, A. et Stueve, A. (2002). Ethnic and Gay Community Attachments and Sexual Risk Behaviours Among Urban Latino Young Men Who Have Sex With Men. *AIDS Education and Prevention*, 14(6), 457-471. Récupéré de <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/aeap.14.8.457.24109>
- Oglesby, W. H., Smith, J. L. et Alemagno, S. A. (2014). Diagnoses, Prevalence, and State-Based Federal Spending for HIV Prevention and Treatment in the United States, 2006–2009. *AIDS Research and Therapy*, 11(15), 1-6.

- Otis, J., Girard, M-E., Alary, M., Remis, R. R., Lavoie, R., LeClerc, R., Vincelette, J., Turmel, B., et Masse, B. (2006). Drogues, sexe et risques dans la communauté gaie montréalaise : 1997-2003. *Drogues, santé et société*, 5(2), 161-194.
- Otis, J. (2015). Parcours de recherches participatives avec la communauté gaie au Québec. Dans Otis, J., Bernier, M., et Lévy, J. J. *La recherche communautaire VIH/sida* (53-78). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Otis, J., McFadyen, A., Haig, T., Blais, M., Cox, J., Brenner, B. ... et Spot Study Group. (2016). Beyond condoms: risk reduction strategies among gay, bisexual, and other men who have sex with men receiving rapid HIV testing in Montreal, Canada. *AIDS and Behavior*, 20(12), 2812-2826. doi: 10.1007/s10461-016-1344-7
- Parker, R. (2014, 2 mai). The Case of Social Science in HIV Research. Dans *The 23rd Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research*. [Conférence] Récupéré de <https://www.youtube.com/watch?v=tGFy1MkbLFQ>
- Peacock, B., Eyre, S.L., Quinn, S.C. et Kegeles, S. (2001). Delineating Differences: sub-communities in the San Francisco Gay Community. *Culture, Health & Sexuality*, 3(2), 183-201.
- Phillips II, G., Magnus, M., Kuo, I., Rawls, A., Peterson, J., Jia, Y., Opoku, J. et Greenberg, A.E. (2014). Use of Geosocial Networking (GSN) Mobile Phone Applications to Find Men for Sex by Men Who Have Sex with Men (MSM) in Washington, DC. *AIDS Behaviour*, 18,1630-1637.
- Pollock, J. A., et Halkitis, P. N. (2009). Environmental Factors in Relation to Unprotected Sexual Behavior Among Gay, Bisexual, and Other MSM. *AIDS Education & Prevention*, 21, 340-355.
- Preacher, K. J. et Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and Resampling Strategies for Assessing and Comparing Indirect Effects in Multiple Mediator Models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. doi: 10.3758/BRM.40.3.879

- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Quirk, A., Rhodes, T. et Stimson, G.V. (1998). "Unsafe Protected Sex": Qualitative Insights on Measures of Sexual Risk. *AIDS Care*; 10, 105-114. Récupéré de <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2443/10.1080/713612349>
- Rhodes, S. D., DiClemente, R. J., Cecil, H., Hergenrather, K. C. et Yee, L. J. (2002). Risk Among Men Who Have Sex With Men in the United States: A Comparison of an Internet Sample and a Conventional Outreach Sample. *AIDS Education and Prevention*, 14(1), 41-50.
- Rice, E., Holloway, I., Winetrobe, H., Rhoades, H., Barman-Adhikari, A., Gibbs, J. ... et Dunlap, S. (2012). Sex Risk Among Young Men Who Have Sex With Men Who Use Grindr, a Smartphone Geosocial Networking Application. *Journal of AIDS and Clinic Research*, 4(5), 1-8. Récupéré de <http://dx.doi.org/10.4172/2155-6113.S4-005>
- Ridge, D., Minichiello, V. et Plummer, D. (1997). Queer connections: Community, "the scene," and an epidemic. *Journal of Contemporary Ethnography*, 26(2), 146-181.
- Rietmeijer, C., Bull, S. et McFarlane, M. (2001) Sex and the Internet, *AIDS*, 15, 1433-1434. Récupéré de http://journals.lww.com/aidsonline/Citation/2001/07270/Sex_and_the_Internet.13.aspx
- Rietmeijer, C., Bull, S., McFarlane, M., Patnaik, J. et Douglas, J. (2003). Risks and Benefits of the Internet for Populations at Risk for Sexually Transmitted Infections (STIs): Results of an STI Clinic Survey. *Sexually Transmitted Diseases*, 30, 15-19. Récupéré de http://journals.lww.com/stdjournal/Abstract/2003/01000/Risks_and_Benefits_of_the_Internet_for_Populations.4.aspx

- Roberge, J. F. (2008). *Influence de la presse écrite sur l'émancipation de la communauté gaie montréalaise au XXe siècle*. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal. Récupéré de <http://www.archipel.uqam.ca/781/1/M10180.pdf>
- Rosenberger, J. G., Herbenick, D., Novak, D. S. et Reece, M. (2014). What's Love Got To Do With It? Examinations of Emotional Perceptions and Sexual Behaviors Among Gay and Bisexual Men in the United States. *Archive Sexual Behavior*, 43, 119-128. doi: 10.1007/s10508-013-0223-9
- Rosser, S. B. R., West, W. et Weinmeyer, R. (2008). Are Gay Communities Dying or Just in Transition? Results From an International Consultation Examining Possible Structural Change in Gay Communities, *AIDS Care*, 20(5), 588-595. doi:10.1080/09540120701867156
- Rowniak, S. (2009). Safe Sex Fatigue, Treatment Optimism, and Serosorting: New Challenges to HIV Prevention Among Men Who Have Sex With Men. *JANAC*, 20(1), 31-38. doi: 10.1016/j.jana.2008.09.006.
- Saucier, N. (2013). *La déviance à l'ère d'internet : Le cas des communautés en ligne de barebackers et leur discours*. (Mémoire de Maîtrise). Université Laval. Récupéré de www.theses.ulaval.ca/2013/30181/30181.pdf
- Schrager, S. M., Latkin, C.A., Weiss, G., Kubicek, K. et Kipke, M.D. (2014). High-Risk Sexual Activity in the House and Ball Community: Influence of Social Networks. *American Journal of Public Health*, 104(2), 326-331. doi: 10.2105/AJPH.2013.30154
- Seibt, A. C., Ross, M. W., Freeman, A., Krepcho, M., Hedrich, A., Mcalister, A. et Fernandez-Esquer, M. E. (1995). Relationship between safe sex and acculturation into the gay subculture, *AIDS Care*, 7(1), 85-88, doi: 10.1080/09540129550126876
- Steckler, A. B., Dawson, L., Israël, B. A. et Eng, E. (1993). Community Health Development: an Overview of the Works of Guy W Steuart. *Health Educ. Q.* Dans *Health and Behaviours: The Interplay of Biological, Behavioral, and*

Societal Influences (2001) Washington: The National Academies Press.
Récupéré de <https://doi.org/10.17226/9838>.

- Strait, B. M. (2013). *Crying in the Shadows: An Examination of Social Support and Coping Skills Among Bereaved Gay Men Who Have Lost a Partner to HIV/AIDS in South Carolina* (Doctoral dissertation, Capella University).
Récupéré de <https://search.proquest.com/openview/54401ce175c299219542085b6ed3aa78/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Taylor, M., Aynalem, G., Smith, L., Bemis, C., Kenney, K. et Kerndt, P. (2004). Correlates of Internet use to meet sexual partners among men who have sex with men diagnosed with early syphilis in Los Angeles County. *Sexually Transmitted Diseases*, 31, 552-556. doi: 10.1097/01.olq.0000137902.71284.b0
- Torres, H. L., Delonga, K., Lee, S., Gladstone, K. A., Barrad, A., Huckaby, S. et Koopman, C., Gore-Felton, C. (2013). Sociocontextual Factors: Moving Beyond Individual Determinants of Sexual Risk Behavior Among Gay and Bisexual Adolescent Males, *Journal of LGBT Youth*, 10(3), 173-185, doi: 10.1080/19361653.2013.799000
- Van de Ven, P., Rodden, P., Crawford, J. et Kippax, J. (1997). A comparative Demographic and Sexual Profile of Older Homosexually Active Men, *The Journal of Sex Research*, 34(4), 349-360. doi: 10.1080/00224499709551903
- Vanable, P.A., McKirnan, D. J. et Stokes, J. P. (2011). Identification and Involvement with Gay Community Scale, [Chapitre de livre]. Dans Fisher, T. D. *Handbook of Sexuality-Related Measures*, (3e éd.). [Document numérique]. (s. l.). Routledge.
- Weeks, J. (2000). *Making Sexual History*, London: Polity Press.
- Weeks, J., Heaphy, B. et Donovan, C. (2001). *Same sex intimacies: Families of Choice and Other Life Experiments*. New York: Routledge Récupéré de http://virtuolien.uqam.ca/tout/UQAM_BIB000023177

- White, J. M., Mimiaga, M. J., Reisner, S. L. et Mayer, K. H. (2012). HIV Sexual Risk Behavior Among Black Men Who Meet Other Men on the Internet for Sex. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 90(3). doi:10.1007/s11524-012-9701-y
- Wilkinson, J., Bittman, M., Holt, M., Rawstorne, P., Kippax, S. et Heather, W. (2012). Solidarity Beyond Sexuality: The Personal Communities of Gay Men. *Sociology*, 46(6), 1161-1177. doi: 10.1177/0038038511435064
- Willoughby, B. L. B., Lai, B. S., Doty, N. D., Mackey, E. R. et Malik, N. M. (2008). Peer Crowd Affiliations of Adult Gay Men: Linkages With Health Risk Behaviors. *Psychology of Men & Masculinity*, 9(4), 235-247. doi: 10.1037/1524-9220.9.4.235
- Zablotska, I. B., Imrie, J., Prestage, G., Crawford, J., Rawstorne, P., Grulich, A. ... et Kippax, S. (2009). Gay Men's Current Practice of HIV Seroconcordant Unprotected Anal Intercourse: Serosorting or Seroguessing?. *AIDS Care*, 21(4), 501-510. doi: 10.1080/09540120802270292.
- Zablotska, I.B., Holt, M. et Prestage, G. (2012). Changes in Gay Men's Participation in Gay Community Life: Implications for HIV Surveillance and Research. *AIDS and Behaviour*, 16(3), 669-675. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-9919-9>
- Zenilman, J. M., Weisman, C. S., Rompalo, A. M., Elish, N., Upchurch, D. M., HOOK III, E. W. et Celentano, D. (1995). Condom use to prevent incident STDs: the validity of self-reported condom use. *Sexually transmitted diseases*, 22(1), 15-21.
- Zhang, D., Bi, P., Hiller, J.E. et Lv, F. (2008). Web-Based HIV/AIDS Behavioral Surveillance Among men who have sex with men: Potential and Challenges. *International Journal of Infectious Diseases*, 12, 126-131. doi:10.1016/j.ijid.2007.06.00