

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA CONTRIBUTION DU CONTEXTE CONJUGAL À L'OCCURRENCE DU  
SEXE ANAL SANS PRÉSERVATIF CHEZ LES HOMMES EN COUPLE DE  
MÊME SEXE.

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR

CÉLINE MAGONTIER

JUIN 2015

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.01-2006). 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.»

## REMERCIEMENTS

Malgré les difficultés qui ont marqué ma formation, ces années en tant qu'étudiante à la maîtrise en sexologie font partie des plus riches de mon cheminement académique tant d'un point de vue personnel, qu'intellectuel et professionnel. J'ai en effet eu la chance d'être entourée et encadrée par des personnes qui ont permis de stimuler ma réflexion, d'aller au-delà de mes zones de confort, de m'épanouir et de me révéler. Mes remerciements vont en priorité à mon directeur de recherche, Martin Blais, sans qui mon expérience n'aurait pu être la même. Martin, je ne sais comment t'exprimer ma gratitude tant tu as fait preuve de bienveillance, de clairvoyance, de patience, de rigueur et de générosité à mon égard. Mes acquis à ton contact, ton exemple et ta philosophie continueront de me guider longtemps. Je remercie aussi les professeur-e-s du département, Dominic Beaulieu-Prevost, Simon Corneau, Julie Lavigne et Isabelle Wallach, pour leur écoute, leurs conseils, et leur passion qui m'ont accompagné dans les bons moments comme les mauvais. Je ne saurais oublier mes collègues Carl Rodrigues et Marie-France Goyer pour l'expérience, l'ébullition intellectuelle et les sushis que nous avons partagés. Merci à ma mère pour son amour inconditionnel, sa fierté, son soutien indéfectible et la minutie de ses corrections. Merci à mes fils, Léo et Charlie, qui n'ont eu de cesse d'être un moteur de réussite et ma joie de vivre malgré le nombre incroyable de microbes et de bactéries qu'ils n'ont jamais hésité à partager avec moi. Je désire aussi remercier Mathieu Delhorbe, flamme de ma vie et père de mes enfants, pour son amour indestructible, sa créativité, sa sensibilité, sa force et son féminisme. Je n'aurais pu y arriver sans lui. Enfin, merci à mon père, ma belle-mère (Aude), mes sœurs (Paola, Mathilde et Lucie), mes frères (Flaviano et Pierre) et à mes ami-e-s d'ici et d'ailleurs qui se reconnaîtront, pour avoir toujours cru en moi, pour les fous rires partagés et pour être là tout simplement.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES .....	v
RÉSUMÉ .....	vi
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE.....	5
1.1 La gestion du risque d'infection par le VIH des HARSAH.....	5
1.2 La gestion des risques intimes et relationnels.....	8
1.3 Contexte conjugal et occurrence de relations anales non protégées .....	11
1.4 Objectifs général et spécifiques de l'étude.....	16
1.5 Pertinence sociale, scientifique et sexologique de l'étude.....	16
CHAPITRE II	
ARTICLE.....	18
CHAPITRE III	
CONCLUSION.....	47
3.1 Rappel des principaux résultats.....	48
3.2 Implications pour l'intervention et la prévention sexologique .....	51
3.3 Forces et limites de l'étude .....	53
3.4 Recommandations et pistes de recherche.....	55
3.5 Conclusion .....	57
RÉFÉRENCES.....	58
APPENDICE A	
CERTIFICATS D'ÉTHIQUE DU PROJET ÉPRIS.....	67
APPENDICE B	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PROJET ÉPRIS .....	70

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
1	Caractéristiques sociodémographiques et conjugales de l'échantillon	32
2	Résultats de l'analyse de régression logistique hiérarchique visant à prédire l'usage non systématique du préservatif de l'échantillon dans la dernière année avec un partenaire amoureux ou affectif	33

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
CATIE	Réseau canadien d'info-traitements sida
HALCO	HIV & AIDS Legal Clinic Ontario

## RÉSUMÉ

Le sexe anal sans préservatif avec des partenaires de statut sérologique différent ou inconnu représente un facteur de risque d'infection considérable chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Plusieurs études sur la transmission du VIH chez les hommes en couple de même sexe démontrent que les caractéristiques du contexte conjugal sont à prendre en compte afin de comprendre l'absence de préservatif lors de relations anales. L'objectif de la présente étude est de documenter la contribution du contexte conjugal à l'occurrence du sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin. L'échantillon sur lequel se base la recherche comprend 157 hommes en couple de même sexe âgés de 18 à 73 ans ( $M = 32,22$ ; É.-T. = 10,52) recrutés entre mars 2013 et janvier 2014 dans le cadre d'une enquête en ligne. Une analyse de régression logistique hiérarchique a permis de déterminer les caractéristiques associées au sexe anal sans préservatif avec le partenaire de couple dans l'année précédant la complétion du questionnaire. Les résultats ont démontré que la séroconcordance des partenaires, une entente monogame, la cohabitation, une relation longue durée et une perception positive de la qualité de la relation sont associées à un usage non systématique du préservatif au sein de la dyade conjugale et que leur contribution est significative même lorsque l'on contrôle pour des facteurs personnels et sociocognitifs traditionnellement identifiés comme étant associés à la prise de risque d'infection par le VIH. Ces résultats ont permis d'offrir des pistes d'intervention et de prévention sexologique adaptées à la réalité des hommes en couple de même sexe.

**MOTS-CLÉS :** hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), conjugalité, VIH, préservatif, condom entente d'exclusivité sexuelle, séroconcordance, durée de la relation, cohabitation, qualité perçue de la relation.

## INTRODUCTION

Lorsqu'ils ont eu leur première relation sexuelle anale, son amoureux a exigé qu'il porte un condom. « Tu n'en as pas besoin avec moi. Je suis très *safe*. C'est très important pour moi que tu prennes ma semence. Très important qu'on ait cette connexion », aurait répondu Rafael Dunn (Duchaine Gabrielle, « VIH : un séropositif aurait leurré ses partenaires avec un faux rapport médical ». La Presse +, 1<sup>er</sup> mai 2015).

Cet homme séropositif de 34 ans été arrêté le 23 avril 2015 pour avoir sciemment transmis le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à deux partenaires affectifs. Selon les informations publiées dans les médias, il aurait, dans un premier temps, caché sa séropositivité à ses partenaires, pour ensuite leur présenter les résultats d'un test sérologique falsifié une fois sa séropositivité soupçonnée (Duchaine, 2015).

Au-delà de la question de la transmission volontaire du VIH dont traite l'article cité, cette citation est représentative d'une disposition de certains hommes en couple de même sexe à ne pas pratiquer le sexe sécuritaire avec leurs partenaires affectifs ou amoureux et, de fait, de l'exposition aux risques d'infection par le VIH des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) dans le contexte conjugal. Entre autres, cette citation illustre comment l'absence de préservatif lors de relations anales peut revêtir la forme symbolique de la « connexion » entre deux partenaires conjugaux.

De telles perceptions interrogent la gestion du risque d'infection par le VIH des hommes en couple de même sexe dans le contexte de la modernité justement caractérisée par le risque. En effet, bien que les sociétés modernes n'aient jamais été aussi sécuritaires, le risque est de plus en plus compris en sciences sociales comme

une composante caractéristique de la modernité (Beck, 2001; Peretti-Watel, 2010; Giddens, 1991; Bauman, 2004). La notion de risque s'est progressivement imposée en cadre d'analyse des sociétés modernes avec les défis qui y sont liés. *La société du risque*, à laquelle Beck (2001) et Peretti-Watel (2010) réfèrent, est une création de la modernité où les risques sont présentés comme conséquences de la force menaçante de la modernisation et de la globalisation du doute qui en découlent. De fait, la culture moderne serait moins vulnérable au destin que sensible aux risques et aux incertitudes produites par la mondialisation (Scott et William, 1992). Dans ce contexte de l'augmentation de la fragmentation, de la méfiance, des systèmes d'experts vers lesquels les individus se tournent pour être conseillés, la vie moderne est caractérisée par une prise de conscience des risques et de leur surveillance continue dans un contexte d'incertitudes invasives (Giddens, 1991).

En résulte que les stratégies de gestion publique des risques envisagent de plus en plus les individus comme garants de leurs propres bien-être, santé et sécurité dans la sphère privée (Rhodes et Cusick, 2000). Autrement dit, les individus seraient aujourd'hui responsabilisés et contrôlés, par le biais de sanctions tant explicites (légales) qu'implicites (par ex., stigmatisation), dans le cadre de l'exposition aux risques (Bauman, 2004). On assisterait ainsi à un phénomène de « privatisation » du risque dans lequel les individus se retrouvent dépositaires de l'anxiété inhérente à la prise de décision face aux risques auxquels ils sont confrontés (Petersen, 1997). La prévention des risques d'infection par le VIH auprès des HARSAH peut être une des représentations de ce phénomène qui implique que ces hommes sont comme responsables de leur protection.

Or, comme le met en lumière la précédente citation, l'absence de préservatif lors de relations anales peut être perçue comme une connexion entre les partenaires de couple de même sexe masculin, et ce, au-delà de la notion de risque d'infection par le VIH. Dès lors, afin de mieux comprendre ce phénomène, il semble opportun de

s'interroger sur la contribution du contexte conjugal à l'occurrence du sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin dans les sociétés modernes. Il s'agit de ce que ce mémoire de maîtrise propose d'analyser.

Ce mémoire par article est scindé en trois grandes sections. La première (chapitre I) présente la problématique. Elle présente : 1) le contexte de la prise de risque d'infection par le VIH d'hommes en couple de même sexe; 2) le cadre conceptuel de ce mémoire qui postule que la prise de risque d'infection par le VIH au sein des couples de même sexe peut-être liée à l'incertitude relationnelle et à la montée d'un idéal amoureux caractéristiques des sociétés modernes; 3) une recension des écrits scientifiques (ainsi que de leurs limites) sur la contribution des facteurs conjugaux, personnels et sociocognitifs à l'occurrence du sexe anal sans préservatif dans le cadre conjugal; 4) les objectifs généraux et spécifiques de la présente étude, soit, l'objectif général de comprendre la contribution du contexte conjugal à l'occurrence du sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin et deux objectifs spécifiques : a) déterminer quels sont les facteurs conjugaux associés au non-usage du préservatif des hommes en couple de même sexe et, b) de vérifier si les facteurs conjugaux jouent un rôle prépondérant, comparativement aux facteurs personnels et sociocognitifs, sur l'occurrence du sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin.

La section suivante (chapitre 2) contient l'article scientifique qui remplace la section Résultats de ce mémoire par article. Cet article comprend : 1) une introduction rappelant le contexte, la problématique, la littérature scientifique et ses limites ainsi que les objectifs de l'étude; 2) la méthodologie exposant tout d'abord les méthodes de recrutement et de collecte de données auprès des participants, pour aborder ensuite l'approche méthodologique, soit, les instruments de mesure de l'occurrence du sexe anal sans préservatif avec un partenaire affectif ou amoureux, des facteurs conjugaux, personnels et sociocognitifs. Enfin, les analyses statistiques qui ont permis de répondre aux objectifs de l'étude sont annoncées; 3) les résultats de l'étude détaillant

les caractéristiques sociodémographiques et conjugales de l'échantillon ainsi que l'analyse de régression logistique; 4) la discussion permettant de comparer les résultats à la littérature au sujet de la prise de risque d'infection au VIH au sein des couples de même sexe masculin de manière à mettre en lumière la contribution spécifique de la présente étude à l'avancement des connaissances au sujet de l'association du contexte conjugal à l'occurrence du sexe anal sans préservatif. Cette dernière sous-section fait état des limites de l'étude et met en lumière l'implication des résultats tant pour la recherche que pour les programmes d'intervention et de prévention du VIH auprès des couples de même sexe masculin.

En dernier lieu, une conclusion faisant suite à l'article (chapitre 3) permet d'élargir la discussion et de situer les résultats dans le contexte des sociétés du risque et de l'idéologie de l'amour moderne grandissante. Des pistes de recherche futures ainsi que l'implication de l'étude sur le plan de l'intervention sexologique sont aussi discutées

## CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE

### 1.1 La gestion du risque d'infection par le VIH des HARSAH

Depuis son apparition au début des années 1980, la problématique de l'épidémie du VIH/sida n'a cessé d'être un enjeu sociétal majeur (Bony, 2012), et ce, particulièrement pour les HARSAH qui y sont considérablement exposés (World Health Organization, 2011; Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2013; Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2014). En effet, au Canada, ils représentaient 49,3 % de tous les cas de VIH recensés en 2013 et 62,7 % de l'ensemble des hommes séropositifs (ASPC, 2013). Les HARSAH se sont rapidement révélés être une population particulièrement à risque dans la mesure où ils ont de plus grandes probabilités d'avoir un rapport sexuel avec un individu infecté, du sexe anal sans préservatif et de multiples partenaires (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010).

Les stratégies de santé publique de gestion du risque d'infection par le VIH ont principalement deux cibles : augmenter la conscience du risque de la population et encourager les individus à acquérir de nouvelles compétences en matière de gestion des relations et des comportements sexuels (Scott et Freeman, 1995; Rhodes et Cusick, 2000). En d'autres termes, les HARSAH sont invités à agir en tant que gestionnaires qualifiés du risque d'infection par le VIH en adoptant des pratiques sexuelles sécuritaires. Cette privatisation de la gestion des risques sexuels est conforme à l'idée que ce sont seulement les individus qui ont les aptitudes requises pour négocier leur propre sexualité ainsi que leurs relations privées. Ce phénomène s'est intensifié au Canada depuis 2012 au regard de l'obligation juridique de dévoiler

sa séropositivité à ses partenaires sexuels avant d'avoir une relation anale sans préservatif (HALCO et CATIE, 2013). Plus qu'une responsabilité individuelle pour soi, les individus séropositifs ont à présent le devoir légal de protéger leurs partenaires sexuels sous peine d'être criminalisés. De fait, ce phénomène de privatisation de la gestion des risques sexuels implique une adaptation des représentations tant sexuelles que relationnelles afin que le préservatif soit incorporé dans de nouveaux répertoires sécuritaires (Scott et Freeman, 1995).

Dans le contexte conjugal, il est possible d'observer que le préservatif reste moins utilisé chez les hommes en couple de même sexe lors de relations anales qu'avec des partenaires occasionnels (Buchbinder, Vittinghoff, Heagerty, Celum, Seage, Judson, 2005 ; Sullivan, Salazar, Buchbinder, et Sanchez, 2009; Golub, Starks, Payton, et Parsons, 2011 ; Bauermeister, Ventuneac, Pingel, et Parsons., 2012; Forst, Duràn, Antoni, et Fernandez, 2008; Lerch, 2007; Méliou, 2007; Théodore, Duràn., Antoni, et Fernandez, 2004, Mitchell, 2010). De nos jours les HARSAH auraient plus souvent du sexe anal sans préservatif avec des partenaires réguliers plutôt qu'occasionnels (Buchbinder, et al., 2005; Davidovich, De Wit, Albrecht, Geskus, et Stroebe, 2001 ; Sullivan, et al., 2009; Piaseczna, Craib, Chan, Weber, Strathdee, Martindale, Schechter et Hogg, 2001 ; Wiggers, De Wit, Gras, Coutinho, et Van den Hoek, 2003). Ce phénomène peut trouver plusieurs explications, les principales étant liées aux discours de santé publique concernant les pratiques sexuelles sécuritaires. Celles-ci, en attirant une attention particulière sur les dangers du sexe occasionnel et ceux que représente la possibilité d'avoir des partenaires sexuels multiples (Rhodes et Cusick, 2000; Mustanski et Parsons, 2014), confèrent aux pratiques sexuelles dans le cadre conjugal un statut à part qui peut se décliner selon des catégories de sens différentes (Méliou, 2007; Blais, 2007; Brown, Ramirez et Schniering, 2013; Flowers, Smith, Sheeran, et Beil, 1997; Theodore, Duràn, Antoni, et Fernandez., 2004; Rhodes et Cusick, 2000) et où le rapport physique entre partenaires se modifie au profit de valeurs légitimant l'union amoureuse.

En ce sens, Blais (2007) postule que l'accès au corps, les relations sexuelles n'y agissent plus comme seuls marqueurs de l'intimité. Ainsi, ne pas se protéger serait une marque de confiance entre les deux partenaires. Abandonner le préservatif avec des partenaires réguliers représenterait un pari sur l'avenir, symboliserait la confiance envers le partenaire versus la méfiance liée au virus avec les partenaires occasionnels. Le postulat de Blais (2007) est corroboré par les résultats de plusieurs recherches. Deux études qualitatives, une menée par Flowers et al., (1997) et l'autre par Brown et al. (2013) indiquent en effet que les comportements sexuels ne sont pas vécus de la même manière selon le type de partenaire. Selon Flowers et al., (1997), il existerait un détachement à l'égard des partenaires occasionnels qui seraient plutôt appréhendés comme objets sexuels alors que les rapports sexuels avec pénétration sans préservatif représenteraient aujourd'hui l'expression de l'engagement (« ne faire qu'un »). Une preuve d'amour d'autant plus forte qu'elle se donne dans le contexte du VIH. Brown et al., (2013) rapportent aussi que l'absence d'utilisation du préservatif agirait comme une représentation de la confiance et de l'engagement envers le partenaire conjugal. L'étude de Forst et al., (2008) met en lumière les processus mentaux et affectifs qui sont en jeu lorsque les HARSAH qui pratiquent le sérotriage sont confrontés à un conflit entre l'objectif de réduction des risques et le désir d'intimité. Leur analyse fait apparaître que dans de nombreux cas, le désir d'établir une relation intime a plus de poids que la réalité sérologique du partenaire potentiel. Théodore et al. (2004) affirment quant à eux que le sexe anal sans préservatif pour les HARSAH en couple sérodifférents peut représenter la plus intime expression d'amour. Globalement, il existerait donc une polarisation entre, d'une part, les sentiments d'amour ou d'intimité avec les partenaires réguliers et le sexe sans préservatif et, d'autre part, le sentiment de distance et l'usage du préservatif (Blais, 2007; Flowers et al., 1997; Joffe, 1997; Holland, Ramazanoglu, Sharpe, et Thomson, 1998).

Cette polarisation peut en partie expliquer que beaucoup de cas de nouvelles infections par le VIH chez les HARSAH surviennent dans un contexte conjugal

(Xiridou, Geskus, DeWit, Coutinho, et Kretzschmar, 2003 ; Coates, 2008; Sullivan, et al., 2009; Mustanski, Newcomb et Clerkin, 2011 ; Goodreau, Carnegie, Vittinghoff, Lama, Sanchez, Grinsztejn, et Buchbinder, 2012). Selon Sullivan et al. (2009), 52 à 74 % des cas de nouvelles infections par le VIH au sein de la population des HARSAH pourraient provenir du partenaire de couple masculin. En regard de ces chiffres et de la certitude qu'ils concernent une population bien informée des risques, force est de constater qu'il existe un réseau de relations complexes entre les connaissances, la motivation et le comportement (Moeller, Halkitis, Pollock, Siconolfi, et Barton, 2013). Il est clair que la connaissance n'est pas une condition suffisante au changement de comportement. Dès lors, comment expliquer ce profil de facteurs de risque? Contrastant avec l'accent marqué sur la prévention du VIH qui cible l'augmentation des connaissances face aux risques individuels, et, par la suite, à la prolifération des conseils et des aptitudes requises pour négocier l'usage du préservatif, les études citées précédemment témoignent du rôle clé que jouent les émotions dans les modèles de gestion des risques sexuels et relationnels, notamment en ce qui concerne l'infection par le VIH.

## 1.2 La gestion des risques intimes et relationnels

Suivant cette hypothèse et selon plusieurs auteurs, l'amour et la confiance dans le contexte conjugal peuvent être envisagés comme des alternatives aux doutes et comme des solutions au risque ou à l'incertitude relationnelle (Lhumann, 1992; Giddens, 2004; Jackson, 1993; Beck et Beck-Gernsheim, 1995; Joffe, 1997; Blais, 2007). L'expérience de la relation conjugale entre hommes peut s'avérer difficile tant la connexion émotionnelle peut être vécue comme dangereuse par peur du rejet en cas de lien émotionnel non réciproque ou en raison de la crainte qu'inspire une relation avec un partenaire susceptible de transmettre le VIH (Moeller, et al., 2013). Face à l'incertitude des risques auxquels les individus doivent faire face dans les sociétés

modernes et à la probabilité qu'ils se réalisent, la confiance, l'intimité et l'amour peuvent offrir un sens à la sécurité et une assurance pour les deux partenaires ainsi que pour la relation (Rhodes et Cusick, 2000; Scott et Freeman, 1995; Blais, 2007). Dans le cadre des relations conjugales, la confiance pourrait offrir une solution symbolique au risque d'infection par le VIH (Scott et Freeman, 1995; Blais, 2007; Courduriès, 2011), et ce, même si les risques d'infection sont le plus souvent sous-évalués (Courduriès, 2011). Comme le démontre Courduriès (2011) le refus de se protéger est lié pour beaucoup d'hommes en couple de même sexe au fait que la prophylaxie soit perçue comme un signe de méfiance à l'égard du partenaire. De fait, la confiance ne sous-entendrait pas l'évaluation rationnelle du risque. Ce phénomène serait donc possiblement lié, pour nombre d'HARSAH, à une forme d'idéalisation de l'amour et de l'intimité au sein de la relation primaire, et par conséquent à une perception altérée des risques d'infection par le VIH.

La recherche d'une relation de confiance et d'intimité est décrite par certains sociologues comme une caractéristique du changement social des cadres de vie conjugaux associés à la modernité (Giddens, 2004 ; Bauman, 2004 ; Beck et Beck-Gernsheim, 1995). Avec l'avènement de la démocratisation de la sphère privée, les libertés personnelles quant aux choix de style de vie et du partenaire ont remplacé les systèmes de parenté traditionnels, la religion ou les liens moraux (Beck et Beck-Gernsheim, 1995 ; Joffe, 1997). Comme le soutiennent Beck et Beck-Gernsheim, (1995), libéré des contraintes externes traditionnelles (religion, État, lois, morales traditionnelles, etc.) l'amour est à présent une affaire interne, un sentiment et des émotions qui se vivent à la première personne du singulier. Il est en soi une réalité, un salut, une transcendance et une forme d'authenticité à l'opposé d'un comportement instrumental rationnel. Les relations conjugales modernes s'efforcent en ce sens de créer un espace dans lequel les identités individuelles et partenariales peuvent être débattues, retravaillées et sécurisées (Giddens, 2004). Cependant, comme Joffe (1997) l'a mis en lumière, si pour Giddens (2004) la valeur grandissante de l'amour et

de l'intimité est une forme de réappropriation de la perte des liens émotionnels des individus, pour Beck et Beck-Gernsheim (1995), l'intimité est une réaction forte, jamais vraiment réalisée, à la nature impersonnelle grandissante du monde moderne. Quoi qu'il en soit, pour chacun d'entre eux, le maintien de relations intimes et de confiance, représente au moins en fantasme une garantie de santé mentale ou de sécurité dans un monde caractérisé par l'incertitude. Les données disponibles dans les écrits scientifiques sur le sujet suggèrent d'ailleurs que le statut relationnel peut résulter en un unique ensemble de bénéfices psychologiques et comportementaux (Mills Paul, Stall, Pollack, Canchola, et Chang, 2004) et de risques pour les couples de même sexe masculin (Parsons, Starks, DuBois, Grov et Golub, 2013).

En ce sens, la réalisation de l'intimité dans les relations privées peut être conçue comme une forme de gestion des risques publics comme personnels. Cela peut suggérer que les efforts pour protéger l'intimité et les relations du risque peuvent être très importants dans des vies perçues comme particulièrement non sécuritaires ou continuellement menacées. De fait, si le sexe anal sans préservatif cristallise autant la confiance entre les partenaires c'est parce que la conscience du risque est fortement sous-jacente au partenariat, comme le suggèrent actuellement les taux de séparation, de divorce et de célibat au Canada (Statistique Canada, 2014). Autrement dit, pour qu'il y ait engagement avec un partenaire dans une relation qui est, de façon inhérente à son fonctionnement moderne, non sécuritaire, il faut miser sur l'avenir et apprivoiser le risque au profit de la confiance (Blais, 2007), car à l'inverse de la religion, l'amour sous-tend qu'il y a une vie avant la mort (Beck et Beck-Gernsheim, 1995). L'amour serait alors la meilleure idéologie qui soit pour contrer les périls qui découlent de l'individualisation (Beck et Beck-Gernsheim, 1995). Si l'amour et l'intimité sont des formes de confiance et de gestion du risque en général, il est particulièrement utile d'explorer des stratégies de gestion du risque relationnel dans le contexte de l'épidémie du VIH. Les individus perçoivent la manière dont les menaces à la stabilité des relations intimes peuvent être doublées par la gestion du risque

d'infection par le VIH. Les risques relatifs à la pérennité du couple coexistant désormais avec ceux de la menace d'infection, les individus seraient alors susceptibles d'orienter leurs stratégies de prophylaxie en faveur de la survie de l'entité conjugale plutôt que vers leur santé. Par conséquent, l'usage du préservatif serait à envisager tel un obstacle à la réalisation de l'intimité tant physique qu'émotionnelle, obstacle contre lequel le risque d'exposition au virus s'apparente à une preuve d'amour. Les expressions de l'amour et de l'intimité par le sexe sans préservatif peuvent en effet signifier la volonté de protection coûte que coûte des relations et de la sécurisation de l'intimité au sein de la dyade conjugale. De fait, il est possible d'émettre l'hypothèse que la protection des relations conjugales par le biais du sexe anal sans préservatif peut paradoxalement l'emporter sur la prévention des risques d'infection par le VIH. C'est pourquoi le contexte conjugal peut-être un des facteurs contribuant à l'occurrence du sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin. C'est aussi, précisément, ce que nous nous proposons d'explorer par le biais de la présente recherche.

### 1.3 Contexte conjugal et occurrence de relations anales non protégées

La conjugalité est un phénomène multidimensionnel dont toutes les facettes ne sont pas liées de la même manière à la prise de risque. Il est en ce sens fondamental de définir quels sont les facteurs conjugaux susceptibles de conduire au sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin. Les principaux facteurs conjugaux associés dans la littérature au sexe anal sans préservatif avec le partenaire principal sont : la sérodifférence des partenaires, la durée de la relation, la cohabitation, l'entente d'exclusivité sexuelle et la qualité perçue de la relation. Ces facteurs sont décrits plus en détail dans les paragraphes qui suivent.

Selon plusieurs études, les hommes ayant des partenaires réguliers de même sexe *a priori* séroconcordants utiliseraient moins le préservatif que ceux ayant des partenaires réguliers sérodifférents (Locicero Jeannin, et Dubois-Arber, 2012; ASPC, 2011; Gomez, Faigeles, Purcell, Halkitis, Parsons et Remien, 2005). Or, près d'un quart des HARSAH séropositif croit à tort connaître son statut sérologique (Marks, Crepaz et Janssen, 2006; Lambert et al., 2006) et il n'existerait aucune assurance que la connaissance du statut sérologique du partenaire est exacte (Niccolai, Farley, Ayoub, Magnus et Kissinger, 2002). Or, les infections transmises par des individus ne connaissant pas leur statut sérologique seraient trois fois et demie plus élevées que celles relevant de relations sexuelles avec des partenaires se sachant infectés (Marks et al., 2006). Ces résultats suggèrent l'importance de considérer la perception des HARSAH de leur statut sérologique et de celui de leurs partenaires de couple.

Concernant le lien entre usage du préservatif et durée de la relation, les études s'avèrent contradictoires. Pour certains auteurs, l'usage du préservatif serait plus important les six premiers mois de la relation et l'abandon progressif du préservatif serait lié à la sensation de familiarité induite par la durée de la relation (Moreau-Gruet, Jeannin, Dubois-Arber, et Spencer, 2001). D'autres estiment que la durée de la relation serait associée au fait de ne pas s'engager dans des relations anales (Gamarel, Starks, Dilworth, Neilands, Taylor et Johnson, 2013), ou encore qu'il n'existerait pas de liens significatifs entre l'occurrence du sexe anal sans préservatif et la durée de la relation (Davidovich, De Wit et Stroebbe, 2006). La diversité de ces résultats exprime l'importance de l'attention qui doit être portée à l'analyse de l'influence de la durée de la relation sur l'usage du préservatif lors de relations anales. À propos de la cohabitation, les données relèvent que les hommes en couple de même sexe cohabitant adopteraient des taux de conduites à risque d'infection par le VIH (incluant le sexe anal sans préservatif) six à neuf fois plus élevés que les couples non cohabitants (Carpenter, 2004).

De plus, les HARSAH peuvent aussi bien être impliqués dans des relations monogames traditionnelles que des relations ouvertes (LaSala, 2005, Mitchell, 2010). Les HARSAH en entente monogame auraient moins tendance à avoir recours au préservatif avec le partenaire principal que ceux en entente ouverte. Or, le bris d'entente d'exclusivité sexuelle n'est pas un phénomène isolé pour les hommes en couple de même sexe. Par exemple, selon l'étude de Gomez, et al. (2012), sur les 526 hommes inclus dans leurs analyses, 23 % avait rompu leur entente concernant les partenaires sexuels extérieurs à la relation dans l'année précédant leur enquête. Ce phénomène peut être expliqué par le fait que beaucoup d'hommes en couple de même sexe désirent à la fois être en relation monogame et avoir recours à des partenaires occasionnels. De fait, malgré un idéal monogame, certains HARSAH en couple croient que l'exclusivité sexuelle n'est pas facilement réalisable et ressentent une pression implicite induite par la sous-culture issue de la communauté gaie à avoir des relations sexuelles ouvertes (Brown et al., 2013). En ce sens, il n'est pas rare que les relations de même sexe monogames soient marquées par l'anxiété de l'infidélité et la réticence, le cas échéant, à divulguer des rencontres sexuelles en dehors de la relation (Worth, et al., 2002; Prestage, et al., 2006).

En dernier lieu, la qualité perçue de la relation conjugale est suggérée pour expliquer le taux élevé de sexe non protégé des HARSAH avec leur partenaire. Des dynamiques positives telles que l'amour, l'intimité, la passion, l'engagement, la confiance, la satisfaction relationnelle et sexuelle dans une relation sont des composantes importantes dans l'évaluation de la relation ainsi que pour déterminer sa viabilité (Fletcher & Simpson, 2000). Le rôle de ces dynamiques et les liens qu'il entretient avec la santé sexuelle sont abordés dans plusieurs travaux scientifiques. Ces derniers affirment que plus *les sentiments d'attachement* (amour, passion, intimité, fusion) au sein du couple (Théodore et al. 2004; Hoff, et al., 2012; Darbes, et al., 2014), *d'engagement* (Rhodes et Cusick, 2002; Davidovich et al., 2006; De Vroome et al., 2000; Mustanski et al., 2011), *de confiance* (Davidovitch et al., 2004;

Theodore, et al., 2004; De Vroome et al., 2000; Worth, et al., 2002), *de satisfaction relationnelle* (Davidovich, et al., 2006; De Vroome, et al., 2000) et *de satisfaction sexuelle* (Cusick et Rhodes, 2010) sont importants, plus le recours au sexe anal sans préservatif augmente avec le partenaire principal. Toutefois, quelle que soit la concordance sérologique du couple, plus ces sentiments tendraient à décroître, plus les probabilités de s'engager dans du sexe anal sans préservatif avec un partenaire extérieur ainsi que celle d'un éventuel bris d'entente tendraient à augmenter (Gomez, et al., 2012). Assurément, plus les hommes en couple de même sexe évaluent leurs dynamiques de couple, quelles qu'elles soient, comme positives, plus le préservatif tend à être délaissé avec le partenaire principal. Il est en ce sens pertinent d'émettre l'hypothèse que c'est surtout la perception générale de la qualité de la relation qui influe sur l'usage du préservatif au sein des couples de même sexe masculin, plutôt que l'une ou l'autre des différentes facettes constituant la notion de conjugalité. Pourtant, aucune étude ne vérifie cette hypothèse. C'est pourquoi la présente recherche se donne pour objectif d'interroger et d'analyser la qualité perçue de la relation en général comme facteur de non-usage du préservatif des hommes en couple de même sexe.

Par ailleurs, aucune étude recensée jusqu'ici ne présente la contribution respective de l'ensemble des différentes caractéristiques identifiées du fonctionnement conjugal sur l'occurrence du sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin. Il semble donc important d'inclure tant la sérodifférence des partenaires que la durée de la relation, la cohabitation, l'entente d'exclusivité sexuelle et la qualité perçue de la relation afin de vérifier quelles sont les dimensions associées de chacun de ces paramètres à l'occurrence du sexe anal sans préservatif dans le contexte conjugal.

Enfin, la littérature sur la prise de risque d'infection par le VIH révèle que les facteurs personnels et sociocognitifs sont aussi potentiellement associés au sexe anal sans

préservatif au sein des couples de même sexe masculin. De fait, il semble important de les considérer afin de s'assurer que la contribution du contexte conjugal à l'occurrence de sexe anal sans préservatif n'est pas attribuable à l'influence de ces deux types de facteurs.

Les facteurs personnels le plus souvent associés aux relations anales sans préservatif chez les HARSAH sont : le fait d'être jeune (Parsons, et al., 2013; ASPC, 2013; Newcomb, Ryan, Garofalo et Mustanski, 2014; Poon et Ho, 2002), un niveau de scolarité plus faible (Appleby, Marks, Ayala, Miller, Murphy et Mansergh, 2005 ; Jarama, Kennamer, Poppen, Hendricks, et Bradford, 2005), un revenu faible (l'ASPC, 2013; Poon et Ho, 2002), être un jeune immigrant récent (ASPC, 2013; Poon et Ho, 2002) et ne pas s'auto-identifier comme gai ou homosexuel (Pathela, Hajat, Schillinger, Blank, Sell et Mostashari, 2006 ; Locicero, et al., 2012).

Selon les écrits sur le sujet, les facteurs sociocognitifs ayant un impact significatif sur le port du préservatif lors de relations anales des HARSAH sont la perception du préservatif comme interférence à l'intimité et la capacité à négocier le sexe sécuritaire. En effet, le fait de percevoir le préservatif comme une interférence avec l'intimité (Starks, 2013; Golub, et al., 2011) et l'absence de négociation verbale explicite (McInnes, Bradley et Prestage, 2010) contribueraient au non usage du préservatif lors de relations anales.

Pourtant, les études au sujet de la prise de risque d'infection au VIH des hommes en couple de même sexe masculin n'incluent pas l'ensemble de ces données. Il est donc impossible de savoir si les facteurs conjugaux sont associés à l'occurrence du sexe anal sans préservatif des hommes en relation de même sexe de manière prépondérante comparativement aux facteurs personnels et sociocognitifs.

#### 1.4 Objectifs général et spécifiques de l'étude

L'objectif général de cette recherche est de comprendre la contribution du contexte conjugal à l'occurrence du sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin dans le contexte des sociétés modernes. Les objectifs spécifiques sont 1) d'identifier les facteurs conjugaux associés au non usage du préservatif lors de relations anales des HARSAH en relation de même sexe, et 2) de vérifier si ces facteurs jouent un rôle prépondérant sur l'occurrence du sexe anal sans préservatif comparativement aux facteurs personnels et sociocognitifs.

#### 1.5 Pertinence sociale, scientifique et sexologique de l'étude

Cette étude s'avère pertinente d'un point de vue social, scientifique et sexologique. D'une part, comme cela a été mentionné, la prévalence du VIH chez les HARSAH en couple de même sexe masculin est un enjeu de société important. En effet, la lutte contre le VIH entraîne des coûts considérables en termes de développement de programmes d'intervention, de dépistage et de médication (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010). De plus, la stigmatisation qu'implique le fait d'être séropositif a des conséquences délétères tangibles pour l'individu infecté, en termes de stigmatisation, d'accès au marché du travail, et de précarité (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010). C'est pourquoi contribuer à mieux comprendre la prise de risque d'infection par le VIH des HARSAH dans une optique de prévention s'avère être primordial tant pour la communauté gaie que pour la société dans son ensemble. Par ailleurs, l'étude de la contribution du contexte conjugal à la prise de risque d'infection par le VIH aura pour effet de participer à l'avancement des connaissances scientifiques à ce sujet. En effet,

comme le mentionnent Mustanski et Parsons (2014), la recherche sur les risques de transmission du VIH au sein de la dyade conjugale de même sexe manque considérablement. De fait, la présente étude devrait permettre l'acquisition de nouvelles données favorisant la compréhension de l'usage du préservatif des HARSAH évoluant dans une relation conjugale. Enfin, une telle étude devrait permettre de soutenir le développement d'interventions sexologiques éducatives et préventives destinées et adaptées aux couples de même sexe masculin.

## CHAPITRE II ARTICLE

La contribution des caractéristiques conjugales à l'occurrence du sexe anal sans préservatif chez les hommes en couple de même sexe.

### Résumé

Les couples de même sexe masculin sont particulièrement exposés à l'épidémie du VIH en raison, entre autres, du sexe anal sans préservatif. Des données récentes suggèrent que les caractéristiques conjugales telles que la séroconcordance des partenaires, l'entente d'exclusivité sexuelle, la durée de la relation, la cohabitation, et la qualité perçue de la relation conjugale peuvent avoir une influence sur l'occurrence du sexe anal sans préservatif des HARSAH en couple. Cette étude vise à documenter la contribution du contexte conjugal au sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin. À partir de données recueillies auprès de 157 HARSAH canadiens en couple de même sexe, une analyse de régression logistique hiérarchique a permis d'identifier que les différentes caractéristiques conjugales recensées dans la littérature contribuent à l'occurrence du sexe anal sans préservatif au sein de la dyade conjugale et de vérifier que ces caractéristiques jouent un rôle prépondérant sur l'occurrence du sexe anal sans préservatif comparativement aux autres types de facteurs de prise de risque d'infection par le VIH. Les retombées anticipées pour l'avancement des connaissances et l'intervention sont discutées.

## **Introduction**

### **Prévalence du VIH**

Malgré les efforts préventifs déployés depuis l'émergence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) y restent particulièrement exposés (World Health Organization, 2011; Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2013; Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2014). Les HARSAH représentent 49,3 % de tous les cas de VIH recensés au Canada en 2013 et 62,7 % de l'ensemble des hommes séropositifs (ASPC, 2013). Au Québec en 2013, province qui comporte le plus grand nombre de cas de VIH déclarés au Canada après l'Ontario (ASPC, 2013), les HARSAH comptent pour 63 % des nouveaux diagnostics (INSPQ, 2014). De même, selon les résultats de l'enquête ARGUS réalisée de mai 2008 à mars 2009 à Montréal auprès de 1873 HARSAH, près d'un participant sur 7 était infecté par le VIH (Lambert et al., 2012), ce qui représente une prévalence 56 fois plus élevée que celle estimée pour l'ensemble de la population, (INSPQ, 2012). Selon plusieurs travaux, le sexe anal sans préservatif est le premier facteur de risque d'infection au VIH chez les HARSAH (Coates, 2008 ; Varghese, Maher, Peterman, Branson et Steketee, 2002). Les HARSAH s'avèrent donc d'autant plus à risque d'infection par le VIH qu'ils ont de plus grandes probabilités d'avoir un rapport sexuel avec un individu infecté, en raison de la prévalence plus élevée du VIH chez les HARSAH que dans la population générale (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010).

### **Le contexte conjugal**

De plus en plus d'études tendent à démontrer que beaucoup des cas de nouvelles infections relèvent du sexe anal sans préservatif avec le partenaire régulier (Xiridou, Geskus, De Wit, Coutinho, et Kretzschmar, 2003 ; Coates, 2008; Sullivan, Salazar,

Buchbinder et Sanchez, 2009; Mustanski, Newcomb et Clerkin, 2011 ; Goodreau, Carnegie, Vittinghoff, Lama, Sanchez, Grinsztejn, et Buchbinder, 2012). Sullivan, Salazar, Buchbinder, et Sanchez (2009) avancent que 52 à 74 % des nouvelles infections par le VIH au sein de la population des HARSAH pourraient avoir été transmises par le partenaire principal. D'autres estiment qu'entre un et deux tiers des HARSAH aux États-Unis contracteraient le VIH avec leur partenaire principal (Goodreau, et al., 2012). Ces infections résulteraient d'un usage moindre du préservatif avec des partenaires réguliers qu'avec des partenaires occasionnels (Buchbinder, et al., 2005; Sullivan et al., 2009). Il s'avère en effet que la relation conjugale n'est pas toujours un système fermé à l'abri d'une source d'infection extérieure puisqu'en plus d'avoir du sexe anal sans préservatif avec le partenaire principal, plusieurs études ont identifié que certains HARSAH avaient aussi des relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnels (Chakravarty, Hoff, Neilands, et Darbes, 2012 ; Gass, Hoff, Stephenson, et Sullivan, 2012 ; Mitchell, Harvey, Champeau, et Seal, 2012 ; Mitchell et Petroll, 2012). Par exemple, l'étude de Mitchell et Petroll (2012), montre que sur les 257 participants en couple de même sexe masculin recrutés aux États-Unis ayant du sexe anal sans préservatif avec leur partenaire principal, 10 % ont aussi eu des relations anales non protégées avec un partenaire extérieur à la relation conjugale, et ce, dans les trois mois précédents la complétion du questionnaire.

Bien que le couple soit un contexte de risque élevé de transmission du VIH, nombre d'études portant sur les HARSAH excluent intentionnellement les couples de même sexe masculin (Mustanski et Parsons, 2014). Ceci peut être expliqué par la croyance courante parmi certains chercheurs que le recours aux partenaires occasionnels est plus fréquent chez les HARSAH que l'investissement dans une relation conjugale, mais aussi que les relations occasionnelles seraient plus à risque de transmission du VIH (Mustanski et Parsons, 2014). En découle un défi considérable en matière de recherche, en particulier dans l'objectif de développer, tester et implanter des

interventions préventives destinées aux couples de même sexe masculin (Mustanski et Parsons, 2014; Karney, Hops, Redding, Reis, Rothman et Simpson, 2010 ; Purcell, Mizuno, Smith, Grabbe, Courtenay-Quirk, Tomlinson et Mermin, 2014). Dans ce contexte, l'objectif général du présent article est de comprendre comment le cadre conjugal peut contribuer à l'occurrence du sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin.

### **Facteurs conjugaux et usage du préservatif**

Les facteurs conjugaux renvoient aux caractéristiques d'une relation et aux dimensions du fonctionnement conjugal. Les principales caractéristiques conjugales associées au sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin sont la sérodifférence des partenaires (Locicero, Jeannin, et Dubois-Arber, 2012; ASPC, 2011; Hoff, Gomez, Faigeles, Purcell, Halkitis, Parsons et Remien, 2005 ; Elford, 2006; Niccolai, Farley, Ayoub, Magnus et Kissinger, 2002 ; Marks, Crepez et Janssen, 2006; Lambert et al., 2006), la durée de la relation (Moreau-Gruet, Jeannin, Dubois-Arber, et Spencer, 2001; Davidovich, De Wit et Stroebe, 2004 ; Gamarel, Starks, Dilworth, Neilands, Taylor et Johnson, 2013), la cohabitation (Carpenter, 2004) et l'entente d'exclusivité sexuelle (LaSala, 2005; Mitchell, 2010; Mitchell, 2014; Parsons et al., 2013; Bauermeister, 2011; Hoff, Beougher, Chakravarty , Darbes et Neilands, 2010 ; Gomez, Beougher, Chakravarty, Neilands, Mandic, Darbes et Hoff, 2012). Les hommes ayant des partenaires réguliers de même sexe séroconcordants seraient moins susceptibles d'utiliser le préservatif régulièrement que ceux avec des partenaires réguliers sérodifférents (Locicero et al., 2012; ASPC, 2011; Hoff, et al., 2005). Le fait de ne pas connaître le statut sérologique du partenaire ne serait pas associé à l'usage systématique du préservatif (Elford, 2006). Or, des études révèlent que la connaissance du statut sérologique du partenaire est souvent inexacte (Niccolai, et al., 2002) et qu'environ un HARSAH séropositif sur quatre croit à tort que son statut sérologique est négatif (Marks, et al., 2006; Lambert et al., 2006). De fait, ces résultats démontrent la pertinence de considérer la

contribution de la sérodifférence du partenaire conjugal sur l'occurrence du sexe anal sans préservatif.

Les études au sujet de l'influence de la durée de la relation sur l'usage du préservatif s'avèrent contradictoires. Selon Moreau-Gruet, et al. (2001), l'usage du préservatif serait plus important durant les deux premières années de la relation, et ce, particulièrement les six premiers mois. Selon ces auteurs, l'abandon progressif du préservatif au fil de la relation serait lié à un sentiment de familiarité induit par la durée de la relation. Gamarel et al. (2013) relèvent quant à eux que la durée de la relation serait associée avec le fait de ne pas s'engager dans des relations anales. Enfin, pour Davidovich, De Wit et Stroebbe (2006), il n'existerait pas de lien significatif entre l'occurrence du sexe anal et la durée de la relation. L'analyse de l'influence de la durée de la relation sur le port du préservatif s'avère donc nécessaire si l'on se fie à la diversité de ces résultats. Concernant la cohabitation, selon la méta-analyse réalisée par Carpenter (2004), les couples de même sexe masculin cohabitant reporteraient des taux de conduites à risque d'infection par le VIH (incluant le sexe anal sans préservatif) six à neuf fois plus élevés que les couples non cohabitant.

Enfin, la prise en compte de l'entente sexuelle s'avère importante dans la mesure où les hommes en couple de même sexe ne reportent pas seulement être engagés dans des relations monogames conventionnelles (LaSala, 2005; Mitchell, 2010). L'entente sexuelle peut être classée en deux grandes catégories placées sur un continuum : l'entente ouverte, qui permet certains comportements sexuels en dehors du contexte conjugal et l'entente fermée (ou monogame) qui ne permet aucun contact sexuel en dehors de la relation primaire (Mitchell, 2014). La recherche a révélé que les ententes sexuelles des hommes en couple de même sexe peuvent affecter le risque d'infection par le VIH en induisant des comportements sexuels et des rapports au risque d'infection par le VIH variés, selon par exemple les dynamiques du fonctionnement conjugal, le non-respect de l'entente, le recours aux partenaires extérieurs,

etc.(Mitchell, 2014; Parsons, et al., 2013; Bauermeister, 2011; Hoff et al., 2010; Gomez, et al., 2012).

Par ailleurs, la perception de la qualité des dynamiques conjugales des hommes en couple de même sexe serait significativement associée au sexe anal sans préservatif avec le partenaire principal. Par exemple, plus les sentiments d'attachement au sein du couple (par exemple : amour, passion, intimité, fusion) seraient importants, plus l'occurrence du sexe anal sans préservatif avec le partenaire principal tendrait à augmenter (Théodore, Duràn., Antoni, et Fernandez, 2004 ; Hoff, Chakravarty, Beougher, Neilands et Darbes, 2012 ; Darbes, Chakravarty, Neilands, Beougher et Hoff, 2014). De même, plus la satisfaction relationnelle (Davidovich, et al., 2006 ; De Stroebe, 2006 ; De Vroome, Stroebe, Sandfort, De Wit, Van Griensven, 2000) et la satisfaction sexuelle (Cusick et Rhodes, 2010) seraient élevées, plus l'usage du préservatif tendrait à diminuer. Un fort sentiment d'engagement serait aussi significativement associé à un usage moindre du préservatif (Rhodes et Cusick, 2002; Davidovich et al., 2006; De Vroome et al., 2000; Mustanski et al., 2011). Les études qui analysent la confiance comme facteur de risque d'infection par le VIH démontrent que les HARSAH engagés dans une relation de couple ont eu du sexe anal sans préservatif dans le but de démontrer leur confiance (Davidovitch et al., 2004; Theodore, Duràn, Antoni et Fernandez, 2004; De Vroome et al., 2000; Worth, Reid, et McMillan, 2002). Les indicateurs utilisés dans la littérature scientifique pour évaluer la perception de la qualité de la relation conjugale diffèrent en mettant l'accent soit sur les sentiments d'attachement, la satisfaction relationnelle et sexuelle, l'engagement, ou la confiance. Certaines études portent aussi sur des indicateurs de registres divers comme celle de Davidovitch et al., (2006) dont les analyses portent sur le lien entre le sexe anal sans préservatif et la satisfaction relationnelle, l'engagement et la confiance.

Il est en ce sens difficile de trouver une conceptualisation de la perception de la qualité de la relation homogène puisque ces études portent sur des indicateurs divers. Toutefois, l'ensemble de ces données tend à démontrer que plus un indicateur de la perception de la qualité de la relation, quel qu'il soit, est perçu comme positif, plus l'occurrence du sexe anal sans préservatif augmente au sein du couple. De fait, il est possible d'émettre l'hypothèse que ce ne sont pas ces indicateurs pris un à un qui influent isolément sur l'usage du préservatif avec le partenaire principal, mais la perception générale de la qualité de la relation. Or, aucune étude recensée à ce jour ne se penche sur la perception générale de la qualité de la relation en lien avec le sexe anal sans préservatif dans le contexte conjugal. Ainsi, il semble approprié d'explorer ce lien général plutôt que d'examiner l'influence de chaque indicateur de la qualité de la relation pris un à un sur l'usage du préservatif lors de relations anales au sein des couples de même sexe masculin. Par ailleurs, aucune étude recensée jusqu'ici ne présente la contribution de l'ensemble des caractéristiques du fonctionnement conjugal identifiées ici sur l'occurrence du sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin. C'est pourquoi il semble important d'inclure tant la sérodifférence des partenaires que la durée de la relation, la cohabitation, l'entente sexuelle et la qualité perçue de la relation si l'on souhaite parvenir à une compréhension approfondie de l'usage du préservatif des hommes en couple de même sexe.

Les recherches au sujet du risque d'infection par le VIH démontrent qu'il existe au moins deux autres catégories de facteurs influençant l'usage du préservatif au sein des couples de même sexe : les facteurs personnels et les facteurs sociocognitifs. Ils sont donc susceptibles d'agir comme des facteurs confondants et, en ce sens, il est approprié de les inclure dans les modèles statistiques afin de départager la contribution du contexte conjugale à l'occurrence de sexe anal sans préservatif à celle de ces facteurs personnels et sociocognitifs. Les facteurs personnels réfèrent aux caractéristiques propres et particulières à chaque individu, telles que les

caractéristiques sociodémographiques ou comportementales. Les facteurs sociocognitifs concernent quant à eux la complexité des décisions liées à l'usage du préservatif (Starks, Payton, Golub, Weinberger et Parsons, 2013).

### **Facteurs personnels**

Les facteurs personnels susceptibles d'exercer une influence sur l'usage du préservatif chez les HARSAH en couple de même sexe sont : l'âge (Parsons, et al., 2013; ASPC, 2013; Newcomb, Ryan, Garofalo et Mustanski, 2014; Poon et Ho, 2002), l'éducation (Appleby, Marks, Ayala, Miller, Murphy et Mansergh, 2005 ; Jarama, Kennamer, Poppen, Hendricks, et Bradford, 2005), le revenu (ASPC, 2013; Poon et Ho, 2002), la trajectoire migratoire (ASPC, 2013; Poon et Ho, 2002) et l'orientation sexuelle (Pathela, Hajat, Schillinger, Blank, Sell et Mostashari, 2006 ; Locicero, et al., 2012). Les recherches suggèrent qu'une bonne compréhension de la prise de risque sexuelle ne peut se départir de la prise en compte de l'âge (Parsons, et al., 2013). En effet, un plus grand nombre de cas serait généralement déclaré entre 20 et 49 ans, soit 86 % de tous les cas attribués aux HARSAH au Canada (ASPC, 2013) et l'âge du partenaire serait lié au sexe anal sans préservatif réceptif (Newcomb, et al., 2014). Concernant l'éducation, il apparaît que le niveau de scolarité protégerait (plus il est élevé) des conduites sexuelles à risque (Appleby, et al., 2005; Jarama et al., 2005). Par ailleurs, les HARSAH qui se sentent désavantagés en raison de l'âge, du groupe ethnique ou du revenu seraient plus susceptibles de sentir devoir faire des compromis lors de relations sexuelles et d'accepter d'abandonner le préservatif si celui-ci nuit à l'accomplissement de l'acte sexuel (ASPC, 2013; Poon et Ho, 2002). Enfin, en ce qui a trait à l'orientation sexuelle, des études démontrent que les hommes qui ont des comportements sexuels qui diffèrent de l'orientation sexuelle qu'ils ont auto-identifiées seraient plus susceptibles de s'engager dans des conduites sexuelles à risque que ceux dont l'orientation sexuelle déclarée concorde avec le comportement (Pathela, et al., 2006; Locicero, et al., 2012).

L'ensemble des facteurs personnels de risque d'infection par le VIH sont la plupart du temps seulement considérés dans le cadre d'analyses qui concernent l'ensemble de la population des HARSAH ou seulement les célibataires. Il est donc approprié de vérifier leur association avec le sexe anal sans préservatif entre partenaires réguliers.

### **Facteurs sociocognitifs**

De récents travaux révèlent que la perception que le préservatif interfère avec l'intimité serait associée avec le sexe anal non protégé, et ce, au-delà de la perception que le préservatif réduit le risque d'infection par le VIH (Starks, 2013 ; Golub, Starks, Payton et Parsons, 2011). La capacité à négocier l'usage du préservatif serait aussi associée à son utilisation. En effet, selon McInnes, Bradley et Prestage (2010), l'absence de négociation verbale explicite serait liée à la prise de risque sexuelle. Ces travaux portant sur des HARSAH célibataires, il est opportun de vérifier la validité de leurs résultats au sein d'un échantillon d'hommes en couple de même sexe.

À la lumière des données disponibles, les facteurs personnels, sociocognitifs et conjugaux apparaissent associés à l'occurrence du sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin. Seulement, aucune donnée à ce jour ne permet de déterminer quelle est la contribution des facteurs conjugaux comparativement aux facteurs personnels et sociocognitifs. C'est pourquoi la présente étude va tenter : 1) d'identifier les facteurs conjugaux associés à l'occurrence du sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin, et 2) de vérifier si ces facteurs prédisent cette occurrence de manière prépondérante comparativement à la contribution des facteurs personnels et sociocognitifs.

## **Méthodologie**

### **Recrutement et procédures**

Les données de cette recherche s'inscrivent dans le cadre d'une enquête réalisée auprès de résidents Canadiens âgés de 18 ans et plus. Les invitations à répondre à un questionnaire en ligne (disponible en français et en anglais) ont été transmises via des listes de diffusion (d'universités, d'organisations communautaires ou encore de groupes), des réseaux sociaux (Facebook et Twitter) ou professionnels. Les messages ciblaient des groupes variés : célibataires, monogames, non monogames, HARSAH, etc.

Les personnes intéressées à participer à l'étude étaient invitées à cliquer sur une URL les conduisant sur une page d'accueil présentant l'étude. Celles qui désiraient participer devaient d'abord attester électroniquement avoir compris les informations contenues dans un formulaire de consentement et en accepter les conditions. Le formulaire leur assurait notamment l'anonymat ainsi que la possibilité de mettre fin à leur participation à tout moment.

La durée d'administration du questionnaire prenait entre 20 et 45 minutes. Les questions portaient sur les dimensions sociodémographiques, sexuelles (exemples : pratiques sexuelles, types et nombre de partenaires sexuels, usage du préservatif, etc.) et relationnelles de la vie des participants. Des ressources pour obtenir des informations ou du soutien psychologique ainsi que les coordonnées du chercheur principal leur étaient aussi fournies en cas de besoin. Aucune compensation financière n'était versée pour la participation à l'étude. Les données ont été collectées anonymement (aucun cookie ou adresse IP n'a été conservé) avec le logiciel LimeSurvey (Schmitz, 2013) sur un serveur privé et sécuritaire. Enfin, cette enquête a été approuvée par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal, de l'Université Laval et de l'Université de Windsor.

Au total, 840 HARSAH résidents canadiens âgés de 18 ans et plus ont complété le questionnaire. De ce nombre, seuls les HARSAH en couple avec un autre homme, en

entente monogame ou ouverte et ayant répondu à la question sur le port du préservatif avec le partenaire amoureux dans la dernière année ont été retenus aux fins de l'étude. Au total, l'échantillon final était composé de 157 participants.

## **Mesures**

### *Indicateur du sexe anal sans préservatif dans le contexte conjugal*

Afin de mesurer l'occurrence du sexe anal sans préservatif avec le partenaire principal, les participants ont dû répondre à une question concernant le port du préservatif dans la dernière année avec un partenaire amoureux ou affectif. La question se déclinait comme suit : « Dans la dernière année, de toutes les fois où vous avez eu des relations sexuelles vaginales ou anales avec votre/vos partenaire(s) amoureux/euse(s) ou affectifs (ves), combien de fois avez-vous utilisé le condom? ». Les choix de réponse proposés, en sept points, allaient de « toujours » à « jamais ». Pour les besoins de l'étude, la question a été recodée en deux catégories : « Usage non systématique du préservatif dans la dernière année avec le partenaire amoureux ou affectif » (choix de réponse autre que *toujours*) et « Usage systématique du préservatif dans la dernière année avec le partenaire amoureux ou affectif » (*toujours*).

### *Facteurs personnels*

Les variables sociodémographiques retenues sont (a) l'âge, (b) le niveau d'éducation (études collégiales et moins ou études universitaires), (c) le revenu (<30 000 ou ≥ 30 000 CAD), (d) la trajectoire migratoire (Canadien de souche [participants nés au Canada ou de parents nés au Canada] ou non Canadien de souche), et (e) l'orientation sexuelle auto-identifiée (homosexuelle ou autre).

### *Facteurs sociocognitifs*

La perception du préservatif comme interférence à l'intimité a été mesurée à l'aide de deux énoncés (instrument adapté de Golub et al., 2011), (ex. : « Avoir des relations

sexuelles sans condom me fait me sentir plus connecté. e à mon/ma partenaire »), dont les options de réponses (en 5 points) variaient de « fortement en désaccord » à « très en accord ». La corrélation des deux énoncés est de 0,51.

Le sentiment d'auto-efficacité personnelle à négocier le préservatif a été mesuré par trois énoncés tirés de Wang (2012), tels que « J'ai confiance en ma capacité à convaincre mon/ma partenaire d'utiliser un condom avant le rapport sexuel, même s'il/elle ne veut pas l'utiliser », dont les options de réponses (en 6 points) variaient de « fortement en désaccord » à « très en accord ». La cohérence interne de l'échelle (alpha de Cronbach) est 0,69.

#### *Facteurs conjugaux*

Concernant les caractéristiques conjugales, la durée de la relation a été mesurée en années et en mois. Afin de mesurer la cohabitation, la question « habitez-vous avec votre partenaire (excluant les situations exceptionnelles ou involontaires)? » a été posée aux participants.

La sérodifférence du couple a été déterminée à partir du statut sérologique rapporté du participant puis de celui du partenaire conjugal. Au regard du peu de participants concordants séropositifs, deux catégories ont été créées : 1) couples séroconcordants (comprenant les couples concordants séronégatifs et les couples concordants séropositifs) et 2) couples sérodifférents ou potentiellement sérodifférents (comprenant les couples dont le participant était séronégatif et son partenaire séropositif ou séro-inconnu ou dont le participant était séropositif ou séro-inconnu et son partenaire séronégatif).

L'entente relative à l'exclusivité sexuelle a été évaluée à partir de la question suivante (inspirée de Mitchell, 2010) : « Quelle entente avez-vous au sujet du sexe avec des partenaires extérieur. e. s à la relation? ». Les options de réponses étaient « a) Nous

nous sommes entendus pour être monogames; b) Nous pouvons avoir du sexe avec des partenaires extérieur. e. s, mais avec certaines règles; c) Nous pouvons avoir du sexe avec des partenaires extérieur. e. s, et ce, sans aucune règle ». Les réponses ont été dichotomisées comme suit : entente monogame (option de réponse a) et entente ouverte (options de réponses b et c).

La qualité perçue de la relation conjugale a été élaborée à partir de l'instrument de Fletcher et al., (2000) : la *Perceived Relationship Quality Components (PRQC inventory)*. Cette variable globale prend en compte six dimensions qui qualifient le fonctionnement conjugal : amour, passion, intimité, satisfaction relationnelle, confiance et engagement. Cet instrument est composé de six items (ex. : « Dans quelle mesure votre relation est-elle passionnée? ») dont les options de réponses (en 7 points) variaient de « pas du tout » à « extrêmement ». La cohérence interne de cette échelle est 0,85.

### **Analyse des données**

Afin de vérifier si l'usage non systématique du préservatif dans le contexte conjugal est associé aux variables à l'étude, une analyse de régression logistique hiérarchique a été effectuée. Ce type d'analyse permet d'évaluer la contribution spécifique des facteurs conjugaux au-delà des variables de contrôle et, donc, de vérifier si le contexte conjugal prédit de manière prépondérante l'usage non systématique du préservatif comparativement aux facteurs personnels et conjugaux. De manière à contrôler la contribution unique des trois types de facteurs à la variance expliquée, l'analyse a été effectuée en trois étapes. Dans une première étape, seuls les facteurs personnels ont été considérés (étape 1). Dans une seconde étape, les facteurs sociocognitifs ont été ajoutés (étape 2). Dans une troisième et dernière étape, les facteurs conjugaux ont été insérés (étape 3). Cette procédure par étape permet d'estimer et de quantifier la contribution unique ou la force de l'association de chaque bloc de variables à l'usage systématique du préservatif.

## Résultats

### Caractéristiques sociodémographiques et conjugales des participants

Le Tableau 1 présente les Caractéristiques sociodémographiques et conjugales des participants. La majorité des participants a fait des études universitaires (75,80 %), gagnait plus de 30 000 \$ par an (50,66 %), était composée de Canadiens de souche (73,25 %), parle français (67,31 %), a rapporté être séronégative (78,98 %), et s'est auto-identifiée comme étant homosexuelle ou gaie (87,26 %). Les participants étaient âgés de 18 à 73 ans ( $M=32,22$ ;  $É.-T. =10,52$ ).

Concernant les caractéristiques conjugales, la majorité de l'échantillon était en couple séroconcordant (71,34 %), cohabitait (64,14 %), avait une entente monogame (62,42 %), était satisfait de l'entente convenue avec leur partenaire (79,62 %), n'avait pas brisé cette entente (77,63 %), et n'utilisait pas systématiquement le préservatif avec leur partenaire amoureux ou affectif (75,16 %). Les participants étaient en couple en moyenne depuis 5,07 ans ( $É.-T. : 6,71$ ). La durée de la relation variait entre 8 mois et 36 ans.

### Analyse de régression logistique hiérarchique

La contribution des facteurs personnels (étape 1), sociocognitifs et personnels (étape 2) et conjugaux, sociocognitifs et personnels (étape 3) à l'usage non systématique du préservatif dans le contexte conjugal a été testée à l'aide d'une analyse de régression logistique hiérarchique. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le Tableau 2.

**Tableau 1.** *Caractéristiques sociodémographiques et conjugales de l'échantillon, 157 hommes en couple de même sexe*

<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Éducation</b>		
Études collégiales ou moins	38	24,20
Études universitaires	119	75,80
<b>Revenu personnel</b>		
Moins de 30 000 \$ par années	75	49,34
Plus de 30 000 \$ par années	77	50,66
<b>Trajectoire migratoire</b>		
Canadiens de souche	115	73,25
Nés à l'étranger ou parents étrangers	42	26,75
<b>Langue de complétion du questionnaire</b>		
Français	105	67,31
Anglais	52	32,69
<b>Statut VIH du participant</b>		
Séronégatif	124	78,98
Séropositif	13	8,28
Séro-inconnu	20	12,74
<b>Orientation sexuelle</b>		
Homosexuelle	137	87,26
Autre	49	12,74
	<b>M</b>	<b>ET</b>
Âge [18-73 ans]	32,22 ans	10,52
<b>Caractéristiques conjugales</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Sérodifférence du couple (oui)	45	28,66
Cohabitation (oui)	85	54,14
Entente monogame	98	62,42
Satisfait de l'entente	125	79,62
Bris de l'entente (non)	118	77,63
Usage non systématique du préservatif avec partenaire amoureux ou affectif dans la dernière année	118	75,16
	<b>M</b>	<b>ET</b>
Durée de la relation	5,07 ans	6,71

**Tableau 2. Résultats de l'analyse de régression logistique hiérarchique visant à prédire l'usage non systématique du préservatif de l'échantillon dans la dernière année avec un partenaire amoureux ou affectif.**

	Étape 1	Étape 2	Étape 3
<b>Facteurs personnels</b>			
Âge (en année)	RC (IC 95 %) 0,99(0,94-1,03)	RC (IC 95 %) 1,01 (0,95-1,08)	RC (IC 95 %) 1,06(0,96-1,16)
Éducation (universitaire)	1,83 (0,75-4,44)	2,04 (0,71-5,83)	1,19 (0,30-4,67)
Revenu (30 000 \$ et +)	3,58 (1,30-9,87)	2,97 (0,90-9,80)	11,56 (1,74-76,50)
Trajectoire migratoire (non Canadien de souche)	0,36 (0,15-0,88)	0,22 (0,08-0,66)	0,15 (0,04-0,58)
Orientation sexuelle (autre qu'homosexuelle)	2,71 (0,69-10,68)	3,07 (0,58-16,15)	4,13 (0,63-27,23)
<b>Facteurs sociocognitifs</b>			
Perception du préservatif comme interférence à l'intimité*		2,58 (1,70-3,91)	3,28 (1,89-5,69)
Sentiment d'auto-efficacité à négocier le préservatif**		0,49 (0,24-0,99)	0,35 (0,14-0,85)
<b>Caractéristiques conjugales</b>			
Couple sérodifférent (oui)			0,24 (0,06-0,92)
Durée de la relation (en année)			0,83 (0,73-0,95)
Cohabitation (oui)			10,48 (2,12-51,71)
Entente sexuelle (ouverte)			0,13 (0,03-0,50)
Qualité perçue de la relation***			2,52 (1,04-6,08)
Pseudo R <sup>2</sup>	0,08	0,30	0,50
F de Wald	12,33	24,68	19,30
DL	5	2	5
Valeur p	0,0305	0,000	0,0017
Chi2 de Hosmer et Lemeshow (dl = 8) (valeur p)			6,00 (0,64)

Note. RC = ratio de cote. IC = intervalle de confiance. \* L'échelle varie de 1 à 5 points. \*\* L'échelle varie de 1 à 6 points.

\*\*\* L'échelle varie de 1 à 7 points

Au niveau des facteurs personnels, il ressort de ce modèle final qu'un revenu plus élevé et être canadien de souche contribuent significativement à l'usage non systématique du préservatif. L'âge, l'éducation, et l'orientation sexuelle n'étaient pas significativement associés à l'usage non systématique du préservatif avec le partenaire affectif ou amoureux dans la dernière année. La contribution de ce bloc de variables au phénomène à l'étude est significative (Khi-carré de Wald (dl=5) = 12.33,  $p = 0.03$ ). La valeur du pseudo-R<sup>2</sup> pour cette première étape, une estimation de la proportion de la variation dans l'usage non systématique du préservatif expliqué par les variables incluses à cette étape, est de 8,68 %.

En ce qui concerne les facteurs sociocognitifs, l'usage non systématique du préservatif était significativement associé au fait de percevoir le préservatif comme interférence à l'intimité et à un faible sentiment d'auto-efficacité à négocier le préservatif. La contribution de ce bloc de variables au phénomène à l'étude est significative (Khi-carré de Wald (dl=2) = 24.68,  $p < 0.001$ ). La valeur du pseudo-R<sup>2</sup> indique que l'ajout de ces variables sociocognitives explique 19,91 % de variance supplémentaire, pour un total de 30,5 %.

Concernant les facteurs conjugaux, l'usage non systématique du préservatif était significativement associé à la concordance sérologique du couple, à une durée de relation plus élevée, au fait de cohabiter, à une entente sexuelle monogame et à une plus grande qualité perçue de la relation conjugale. Les facteurs conjugaux contribuent significativement à prédire l'usage non systématique du préservatif (Khi-carré de Wald (dl=5) = 19.30,  $p = 0.002$ ). Ces facteurs contribuent à une augmentation de 21,02 % du pseudo-R<sup>2</sup>, suggérant qu'ils contribuent de manière prépondérante, comparativement aux caractéristiques sociodémographiques et aux facteurs sociocognitifs, au phénomène à l'étude. Le pseudo-R<sup>2</sup> total pour le modèle incluant les trois blocs de variables est de 50,39 %.

Les trois blocs de variables indépendantes prédisent significativement l'usage non systématique du préservatif avec le partenaire amoureux ou affectif dans la dernière année (chi-carré de Wald = 19,30; dl = 5;  $p < .001$ ). Le test du Chi2 d'Hosmer et Lemeshow (Chi2 (8) = 6,00,  $p = 0,64$ ) suggère que le modèle s'ajuste adéquatement aux données. Les coefficients de tolérance varient de 0.36 à 0.88 et les facteurs d'inflation de la variance, entre 1,13 et 2,76 (moyenne = 1,94), ne révélant aucun problème de multicollinéarité.

### **Discussion**

Cette étude visait à déterminer quels facteurs conjugaux sont associés à l'usage non systématique du préservatif au sein des couples de même sexe masculin et à déterminer si ces facteurs prédisent cette occurrence de manière prépondérante comparativement aux facteurs personnels et sociocognitifs. Les résultats montrent que 75,16 % des HARSAM en couple de même sexe n'ont pas utilisé de manière systématique le préservatif au cours de la dernière année. De cette proportion, 24,58 % étaient en couples sérodifférents ou potentiellement sérodifférents et, par conséquent, potentiellement à risque d'infection par le VIH.

L'analyse de régression hiérarchique a permis de distinguer la contribution unique des facteurs personnels, sociocognitifs et conjugaux à l'usage systématique du préservatif. Bien que les trois types de facteurs prédisent l'usage non systématique du préservatif au sein des couples de même sexe masculin, les résultats révèlent, comme attendu, que les facteurs conjugaux contribuent à cette occurrence de manière prépondérante comparativement aux deux autres types de facteurs. Parmi les facteurs considérés dans notre analyse, les facteurs sociocognitifs et conjugaux semblent jouer un rôle plus important que les facteurs personnels dans l'explication de l'usage systématique du préservatif des hommes en couple de même sexe. Toutes les variables incluses dans ces facteurs étaient significativement associées à l'usage systématique du préservatif au sein des couples de même sexe masculin.

En offrant une vision d'ensemble de l'usage non systématique du préservatif lors de relations anales des hommes en couple de même sexe, ces résultats permettent de contribuer à l'avancement des connaissances au sujet de la prise de risque d'infection par le VIH des HARSAH. En effet, au-delà de la mise en lumière de la contribution unique des facteurs à l'étude sur l'usage non systématique du préservatif au sein des couples de même sexe, il a pu être vérifié que le contexte conjugal contribue de manière prépondérante à l'usage non systématique du préservatif, et ce, comparativement aux facteurs personnels et sociocognitifs. De plus, il a été démontré que la perception générale de la qualité de la relation contribuait significativement à l'usage non systématique du préservatif, un indicateur non étudié à ce jour et qui permet d'enrichir la compréhension de l'influence de la qualité des dynamiques conjugales sur les pratiques sexuelles à risque d'infection par le VIH. En accord avec la littérature sur le sujet, les hommes en couple de même sexe ont plus tendance à utiliser le préservatif de façon systématique lorsqu'ils sont en couple sérodifférent (Locicero et al., 2012; ASPC, 2011; Hoff, Gomez, Faigeles, Purcell, Halkitis, Parsons et Remien, 2005 ; Elford, 2006) ou en relation ouverte (LaSala, 2005; Mitchell, 2010; Mitchell, 2014; Parsons et al., 2013; Bauermeister, 2011; Hoff, Beougher, Chakravarty, Darbes et Neilands, 2010; Gomez, et al., 2012). Les risques d'infection par le VIH d'un homme séronégatif ayant du sexe anal sans préservatif en contexte relationnel potentiellement sérodifférent ou d'entente ouverte (en raison des partenaires extérieurs) sont plus élevés. Les résultats suggèrent donc une conscience du risque de la part des participants en couples ouverts (Parsons, et al., 2013; Bauermeister, 2011; Hoff et al., 2010; Gomez, et al., 2012) ou potentiellement sérodifférents (Locicero et al., 2012; ASPC, 2011; Hoff et al., 2005). En ce qui a trait à l'entente d'exclusivité sexuelle, ces résultats sont toutefois à nuancer au regard des 39 participants (22,37 % de l'échantillon) à l'avoir brisé. En effet, la littérature révèle que le bris d'entente est un facteur d'exposition au VIH supplémentaire, et ce, notamment dans le cadre des relations monogames (Gomez, et al., 2012). Il en va de même pour les participants en relation présumée séroconcordante puisque le statut

sérologique négatif est souvent estimé à tort tant pour soi (Marks, et al., 2006; Lambert et al., 2006) que pour le partenaire (Niccolai, et al., 2002).

Les hommes en relation de longue durée et cohabitant étaient plus enclins à ne pas utiliser systématiquement le préservatif avec leur partenaire amoureux ou affectif. Ces résultats convergent avec les travaux qui montrent que la familiarité (Moreau-Gruet, et al., 2001) et l'engagement (Carpenter, 2004) dans une relation ont un impact sur le choix d'abandonner le préservatif (Mustanski et al., 2011; Hoff et al., 2012; Gamarel et al., 2013). Enfin, comme attendu, la perception de la qualité générale de la relation joue un rôle prépondérant sur l'usage systématique du préservatif au sein des couples de même sexe masculin. En effet, plus la perception de la qualité de la relation est grande, plus l'usage non systématique du préservatif augmente au sein du couple. Ce résultat converge avec la littérature sur l'influence des dynamiques relationnelles positives sur l'usage du préservatif (Théodore et al., 2004; Hoff, et al., 2012; Darbes, et al., 2014; Davidovich, et al., 2006; De Vroome, et al., 2000; Cusick et Rhodes, 2010; Rhodes et Cusick, 2002; Mustanski et al., 2011; Davidovitch et al., 2004; Theodore, et al., 2004; Worth, et al., 2002). Il est ainsi possible d'émettre l'hypothèse qu'au-delà des indicateurs de la qualité des dynamiques conjugales pris un à un, que la perception générale de la qualité de la relation est à même d'expliquer l'usage du préservatif au sein du couple.

Concernant les facteurs sociocognitifs, les deux variables à l'étude, à l'instar de la littérature (Starks et al., 2013; McInnes et al., 2010; Golub et al., 2011), prédisent significativement l'usage non systématique du préservatif avec le partenaire principal. En effet, un fort sentiment d'efficacité personnelle à négocier le préservatif est associé à son usage systématique. En revanche, le fait de considérer le préservatif comme interférence à l'intimité est associé à son usage non systématique.

Les résultats sur les facteurs personnels diffèrent de ceux des études recensées dans la littérature. Il apparaît que seuls un revenu plus élevé et être canadien de souche prédisent l'usage non systématique du préservatif avec le partenaire conjugal dans cet échantillon. Or, dans la littérature, c'est un revenu moins élevé et être un jeune immigré récent qui sont associés avec les pratiques à risque d'infection par le VIH (ASPC, 2013). Contrairement aux études sur le sujet, l'âge, l'éducation et l'orientation sexuelle ne sont pas associés au sexe anal sans préservatif au sein de l'échantillon. Une explication possible de ces divergences tient peut-être au fait que la présente étude, en se penchant uniquement sur l'usage non systématique du préservatif sans égard au statut sérologique du partenaire, de la charge virale des partenaires sérodifférents, à l'usage de la prophylaxie pré-exposition au sein des couples de même sexe oblitère par le fait même la notion de risque réel d'infection par le VIH. Il est aussi possible que cette différence soit liée à la composition de l'échantillon qui s'avère assez restreint (157 participants) et homogène. L'échantillon étant composé de 87,26 % d'hommes s'auto-identifiant comme homosexuels ou gais, il est possible que ces derniers fréquentent plus le milieu gai qui diffuse un certain nombre de connaissances, normes et valeurs susceptibles d'exercer une influence sur les résultats.

L'influence des facteurs conjugaux sur le port du préservatif au sein des couples de même sexe masculin est confirmée par la présente étude. De fait, il paraît important de créer des programmes d'intervention qui s'adressent spécifiquement aux hommes en couple de même sexe. Développer des programmes d'intervention et de prévention ciblant le fonctionnement et les caractéristiques conjugales des HARSAH (Mustanski et Parsons, 2014; Purcell et al., 2014) s'avère opportun. Ces programmes devraient insister sur le fait que la durée de la relation, la cohabitation et la qualité perçue de la relation ne protègent pas du risque d'infection par le VIH et réaffirmer que l'usage systématique du préservatif est essentiel dans certaines circonstances (notamment les

couples ouverts et les couples sérodifférents lorsque le partenaire séropositif ne connaît pas sa charge virale ou que cette charge est fluctuante).

Par ailleurs, au regard de la contribution des deux autres types de facteurs à l'étude sur l'occurrence du sexe anal sans préservatif, les facteurs personnels et sociocognitifs devraient aussi être pris en compte par ces mêmes programmes en tenant compte des enjeux liés au revenu et à la trajectoire migratoire tout en ciblant la perception du préservatif et le sentiment d'auto-efficacité à négocier le préservatif au sein du couple. Ainsi, la prise en compte de l'imbrication complexe des facteurs influençant l'usage systématique du préservatif semble inévitable afin de promouvoir l'usage du préservatif au sein des couples de même sexe masculin.

Malgré l'intérêt de ces résultats, ces derniers se doivent d'être nuancés au regard des limites de cette étude. La limite la plus importante est d'avoir considéré le sexe anal sans préservatif et non les relations anales à risque. Considérant l'échantillon disponible, le nombre de participants en couples sérodifférents, ayant brisés leur entente monogame ou encore n'utilisant pas le préservatif avec des partenaires extérieurs à la relation (pour les couples ouverts) n'étant pas assez important, il était impossible de comparer des groupes potentiellement à risque avec des groupes non à risque d'infection par le VIH. De fait, les résultats ne peuvent être interprétés comme indicateurs de la prise de risque d'infection par le VIH au sein des couples de même sexe masculin. Toutefois, cette limite a été compensée par l'inclusion de ces éléments en variables indépendantes lors de l'analyse de régression hiérarchique.

De plus, les données disponibles ne permettaient pas d'inclure d'autres variables potentiellement liées à la prise de risques, telles que la consommation de drogues ou d'alcool au cours des rapports sexuels, les habitudes de dépistage ou le recours à d'autres stratégies de minimisation des risques tels que l'usage de la prophylaxie pré-exposition ou la prise en compte de la charge virale du partenaire séropositif au VIH.

Par ailleurs, la recherche s'appuyant sur un devis transversal, il est impossible de procéder à l'analyse du changement des patrons d'usage du préservatif. Aussi, le fait d'avoir utilisé un échantillon non probabiliste de volontaires rend impossible toute généralisation à la population générale des hommes en couple de même sexe. En effet, un tel échantillonnage où les caractéristiques des non-répondants sont inconnues, il est impossible d'estimer les marges d'erreurs, ce qui compromet la généralisation des résultats.

Au regard de ces limites, d'autres recherches s'avèrent nécessaires. En effet, la question se pose de savoir si ces résultats seraient similaires auprès d'un échantillon d'hommes en couple de même sexe ayant brisés leur entente sexuelle ou encore en relation sérodifférente. Par ailleurs, les résultats au sujet de la perception générale de la qualité de la relation interrogent sa contribution au-delà des indicateurs de la qualité des dynamiques conjugales traditionnellement étudiées (amour, confiance, satisfaction relationnelle et sexuelle, etc.). Il serait en effet pertinent de vérifier si la perception générale de la qualité de la relation suffit à expliquer l'usage non systématique du préservatif ou si ce facteur explicatif s'ajoute aux indicateurs de la qualité des dynamiques conjugales pris un à un. Une telle recherche permettrait d'enrichir les campagnes de préventions du VIH auprès des hommes en couple de même sexe.

En conclusion, malgré ces limites, les données recueillies par cette étude restent pertinentes à plusieurs niveaux et peuvent informer les campagnes de prévention et d'intervention destinées aux HARSAH en couple de même sexe. Il est clair notamment que le contexte conjugal doit-être considéré dans les campagnes de prévention puisqu'il est susceptible de contribuer à l'occurrence du sexe anal sans préservatif de manière prépondérante comparativement aux deux autres types de facteurs de risque. Plus précisément, les facteurs conjugaux, tels que la durée de la relation, l'entente d'exclusivité sexuelle, la sérodifférence du couple ou encore la

qualité perçue de la relation peuvent contribuer à l'occurrence du sexe anal sans préservatif ou au contraire à l'usage systématique du préservatif au sein du couple et peuvent donc être utilisés afin de promouvoir l'usage du préservatif au sein des couples de même sexe masculin. Enfin, la contribution de l'ensemble des variables à l'étude confirme que les facteurs conjugaux comme personnels ou encore sociocognitifs doivent être utilisés de façon inter reliée afin de promouvoir des relations sexuelles sécuritaires efficaces au sein des couples de même sexe masculin et ainsi participer à la lutte contre le VIH.

### Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2011). *M-track : Surveillance améliorée de l'infection au VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada. Rapport de la phase 1*. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Repéré à [http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26403\\_F.pdf](http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26403_F.pdf).
- Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes. Hommes gais, bisexuels, bi spirituels et ayant des relations sexuelles avec des hommes*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/men-hommes/assets/pdf/pshasrm-revspdjh-fra.pdf>
- Appleby, P. R., Marks, G., Ayala, A. L. G., Miller, L. C., Murphy, S., et Mansergh, G. (2005). Consideration of Future Consequences and Unprotected Anal Intercourse Among Men Who Have Sex with Men. *Journal of homosexuality*, vol. 50, n°1, 119-133.
- Bauermeister, J. A. (2011). Romantic Ideation, Partner-seeking, and HIV Risk Among Young Gay and Bisexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 431-440.
- Blais, M. (2007). *Le risque d'infection par le VIH et sa prévention chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) : Une perspective sociologique systémique* (Thèse de doctorat non publiée). Université du Québec à Montréal.

- Buchbinder, S., Vittinghoff, E., Heagerty, P. J., Celum, C. L., Seage, G. R., et Judson, F. N. (2005). Sexual Risk, Nitrite Inhalant Use and Lack of Circumcision Associated with HIV Seroconversion in Men Who Have Sex With Men in the United States. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 39(1), 82-89.
- Carpenter, C. (2004). New Evidence on Gay and Lesbian Household Incomes. *Contemporary Economic Policy*, 22(1), 78-94.
- Coates, T.J. (2008). What is to be done? *AIDS*, 22, 1079-1080.
- Davidovich, U., De Wit, J. B., et Stroebe, W. (2006). Relationship Characteristics and Risk of HIV Infection: Rusbult's Investment Model and Sexual Risk Behaviour of Gay Men in Steady Relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 22-40.
- Davidovich, U., De Wit, J. B., et Stroebe, W. (2004). Behavioral and Cognitive Barriers to Safer Sex Between Men in Steady Relationships: Implications for Prevention Strategies. *AIDS education and prevention*, 16(4), 304-14.
- Darbes, L. A., Chakravarty, D., Neilands, T. B., Beougher, S. C., et Hoff, C. C. (2014) Sexual Risk for HIV Among Gay Male Couples : A Longitudinal Study of the Impact of Relationship Dynamic. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 47-60
- De Vroome, E. M. M., Stroebe, W., Sandfort, T. G. M., De Wit, J., et Van Griensven, G. (2000). Safer Sex in Social Context: Individualistic and Relational Determinants of AIDS-Preventive Behaviour Among Gay Men. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(11), 22-40.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2010). *L'épidémie Silencieuse – Les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Quatrième rapport national sur l'état de la santé de la population du Québec*. [document PDF]. Récupéré le 1<sup>er</sup> Mars 2014 de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>
- Elford, J. (2006). Changing Patterns of Sexual Behaviour in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Current opinion in infectious diseases*, 19(1), 26-32.
- Fletcher, G. J. O., Simpson, J. A., et Thomas, G. (2000). The Measurement of Perceived Relationship Quality Components: A Confirmatory Factor Analytic Approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 340-354
- Gamarel, K. E., Starks, T. J., Dilworth, S. E., Neilands, T. B., Taylor, J. M., et Johnson, M. O. (2013) Personal or Relational? Examining Sexual Health in the

- Context of HIV Serodiscordant Same-Sex Male Couples. *AIDS and Behaviour*, 1-9.
- Golub, S. A., Starks T. J., Payton, G., et Parsons, J. T. (2011). The Critical Role of Intimacy in the Sexual Risk Behaviors of Gay and Bisexual Men. *AIDS and Behavior*, 626-632.
- Gomez, A. M., Beougher, S. C., Chakravarty, D., Neilands, T. B., Mandic, C. G., Darbes, L. A., et Hoff, C. C. (2012). Relationship Dynamics as Predictors of Broken Agreements About Outside Sexual Partners: Implications for HIV Prevention Among Gay Couple. *AIDS and Behavior*, 16(6), 1584-8
- Goodreau, S. M., Carnegie, N. B., Vittinghoff, E., Lama, J. R., Sanchez, J., Grinsztejn, B., et Buchbinder, S. P.(2012). What Drives the US and Peruvian Epidemics in Men Who Have Sex With Men (MSM)? *PLoS One*, 7(11).
- Hoff, C. C., Gomez, C., Faigeles, B., Purcell, D. W., Halkitis, P. N., Parsons, J. T., et Remien, R. H. (2005). Serostatus of Primary Partner Impacts Sexual Behavior Inside and Outside the Relationship. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 16(4), 77-95.
- Hoff, C. C., Beougher, S. C., Chakravarty, D., Darbes, L. A., et Neilands, T. B. (2010). Relationship Characteristics and Motivations Behind Agreements among Gay Male Couples: Differences by Agreement Type and Couple Serostatus, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 22(7), 827-835
- Hoff, C. C., Chakravarty, D., Beougher, S. C., Neilands, T. B., et Darbes, L. A. (2012). Relationship Characteristics Associated with Sexual Risk Behavior Among MSM in Committed Relationships, *AIDS PATIENT CARE and STDs*, 26(12), 738-45.
- Jarama, S. L., Kennamer, J. D., Poppen, P. J., Hendricks, M., et Bradford, H. (2005). Psychosocial, Behavioral, and Cultural Predictors of Sexual Risk for HIV Infection Among Latino Men who Have Sex With Men. *Aids and behavior*, 9(4), 513-523.
- Institut national de santé publique du Québec. (2013). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, année 2013 (et projections 2014)*. Repéré à [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1920\\_Portrait\\_ITSS\\_2013\\_Projections\\_2014.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1920_Portrait_ITSS_2013_Projections_2014.pdf)

- Institut national de santé publique du Québec. (2012). *Rapport intégré : épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*. Repéré à [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1522\\_RappIntegreEpidemioITSSQc.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1522_RappIntegreEpidemioITSSQc.pdf)
- Karney, B. R., Hops, H., Redding, C. A., Reis, H. T., Rothman, A. J., et Simpson, J. A. (2010). A Framework for Incorporating Dyads in Models of HIV-Prevention. *AIDS and behavior*, 14(2), 189-203.
- Lambert, G., et collaborateurs. (2012). *ARGUS 2008-2009 : Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes : Rapport synthèse*, Montréal. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada.
- La Sala, M. C. (2005). Monogamy of the Heart: Extradynamic Sex and Gay Male Couples. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 17,1-24.
- Locicero, S., Jeannin, A., et Dubois-Arber, F. (2012). *Les comportements face au VIH/sida des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes - Enquête Gaysurvey*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive Unité d'évaluation de programmes de prévention. Repéré à : [http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds219\\_fr.pdf](http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds219_fr.pdf)
- McInnes, D., Bradley, J., et Prestage, G. (2011). Responsibility, Risk and Negotiation in the Discourse of Gay Men's Group Sex. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 13(1), 73-87
- Mitchell, J. W. (2010). *Examining the Role of Relationship Characteristics and Dynamics on Sexual Risk Behavior Among Gay Male Couples*. (Thèse de doctorat non publiée). Université de l'état de l'Oregon.
- Mitchell, J. W. (2013). Characteristics and Allowed Behaviors of Gay Male Couples' Sexual Agreements, *Journal of sex research*, 51(3), 316-28
- Mustanski, B., Newcomb, M. E., et Clerkin, E. M. (2011). Relationship Characteristics and Sexual Risk-taking in Young Men Who Have Sex With Men. *Health Psychology*, 30, 597-605.
- Mustanski, B., et Parsons, J. T. (2014). Introduction to the Special Section on Sexual Health in Gay and Bisexual Male Couples. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 17-19

- Newcomb, M. E., Ryan, D. T., Garofalo, R., et Mustanski, B. (2014). The Effects of Sexual Partnership and Relationship Characteristics on Three Sexual Risk Variables in Young Men Who Have Sex With Men. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 61–72.
- Parsons, J. T., Starks, T. J., DuBois, S., Grov, C., et Golub, S. A. (2013). Alternatives to Monogamy among Gay Male Couples in a Community Survey: Implications for Mental Health and Sexual Risk. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 303–312.
- Pathela, P., Hajat, A., Schillinger, J., Blank, S., Sell, R., et Mostashari, F. (2006). Discordance between Sexual Behavior and Self-Reported Sexual Identity: A Population-Based Survey of New York City Men. *Annals of Internal Medicine*, 145, 416-425.
- Poon, K., et Ho, T. (2002). A Qualitative Analysis of Cultural and Social Vulnerabilities to HIV Infection among Gay, Lesbian, and Bisexual Asian Youth. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 14(3), 43-78.
- Purcell, D. W., Mizuno, Y., Smith, D. K., Grabbe, K., Courtenay-Quirk, C., Tomlinson, H., et Mermin, J. (2014). Incorporating Couples-Based Approaches into HIV Prevention for Gay and Bisexual Men: Opportunities and Challenges. *Archives of sexual behavior*, 43(1), 35-46.
- Rhodes, T., et Cusick, L. (2002). Accounting for Unprotected Sex: Stories of Agency and Acceptability. *Social science and medicine*, 55(2), 211-226.
- Schmitz, C. (2013). LimeSurvey: An Open Source Survey Tool [Online application]. Retrieved from <https://www.limesurvey.org/>
- Starks, T. J., Payton, G., Golub, S. A., Weinberger, C. L., et Parsons, J. T. (2013). Contextualizing Condom Use Intimacy Interference, Stigma, and Unprotected Sex. *Journal of Health Psychology* 0(0), 1-10.
- Sullivan, S., Salazar, L., Buchbinder, S., et Sanchez, T. H. (2009). Estimating the Proportion of HIV Transmissions from Main Partners among Men Who Have Sex With Men in Five US Cities. *AIDS 2009*, 0(0), 1-10.
- Theodore, S. P., et Duràn, R. E. F., Antoni, M. H., et Fernandez, M. I. (2004). Intimacy and Sexual Behavior Among HIV-Positive Men-who-Have-Sex-with-Men in Primary Relationship, *AIDS and Behavior*, 8(3), 321-332.

- Varghese B., Maher J. E., Peterman, T. A, Branson, B. M., et Steketee, R. W. (2002). Reducing the Risk of Sexual HIV Transmission: Quantifying the Per-act Risk for HIV on the Basis of Choice of Partner, Sex Act, and Condom Use. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(10), 38–43.
- Wang, X. (2012). The Role of Attitude Functions, Efficacy, Anticipated Emotions, and Relationship Status on College Students' Condom Use Intentions. *Journal of sex research*, 37-41.
- World Health Organization. (2011). *Global HIV/AIDS response : epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011*. Repéré à [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf)
- Worth, H., Reid, A., et McMillan, K. (2002). Somewhere Over the Rainbow: Love, Trust and Monogamy in Gay Relationships. *Journal of Sociology*, 38(3), 237–53.
- Xiridou, M., Geskus, R., de Wit, J., Coutinho, R., et Kretzschmar, M. (2003). The Contribution of Steady and Causal Partnerships to the Incidence of HIV Infection Among Homosexual Men in Amsterdam. *AIDS*, 17, 1029–1038.

### CHAPITRE III CONCLUSION

Ce mémoire visait à mieux appréhender et cerner la contribution du contexte conjugal à la prise de risque d'infection par le VIH des HARSAH en couples de même sexe dans un contexte moderne caractérisé par le risque et l'idéalisation croissante de l'intimité. Son champ d'analyse est donc délimité par les écrits spécialisés dans le domaine ainsi que par une étude quantitative portant sur 157 HARSAH canadiens en couple de même sexe, âgés de 18 ans et plus.

Ce mémoire s'appuie principalement sur deux constats. Malgré la diversité des écrits dans le domaine, le premier est que la littérature scientifique concernant les HARSAH en couple de même sexe propose des approches limitées du rôle que peut jouer le sexe anal sans préservatif dans la transmission du VIH entre partenaires conjugaux. Le second, à rebours de l'efficacité des campagnes de sensibilisation concernant les risques d'infection par le VIH auprès des HARSAH, dévoile un manque en termes d'intervention auprès des hommes impliqués dans un couple de même sexe (Mustanski et Parsons, 2014; Karney, et al., 2010; Purcell, et al., 2014). Autrement dit, si l'étude comparative des données relatives aux pratiques sexuelles des HARSARH dans une mise en lien avec celles relevant spécifiquement du contexte conjugal relève sans grand étonnement une fréquence du sexe anal sans préservatif plus élevée chez les hommes en couple de même sexe, en revanche elle permet la mise en relief d'un paradoxe à l'intérieur duquel se joue une prise de risques conscientisés de l'exposition au virus.

Grâce à une analyse de régression logistique hiérarchique, la présente étude a pu identifier des facteurs associés à l'usage systématique du préservatif au sein de la

dyade conjugale de même sexe, ainsi que vérifier la contribution des facteurs conjugaux à l'occurrence du sexe anal sans préservatif de manière prépondérante comparativement aux facteurs personnels et sociocognitifs. L'atteinte de ces objectifs s'est avérée nécessaire afin de combler le manque de connaissances en la matière.

### 3.1 Rappel des principaux résultats

Les résultats les plus saillants de cette recherche révèlent une relation significative entre l'usage systématique du préservatif et plusieurs facteurs de risque propres aux caractéristiques du fonctionnement conjugal. Un usage plus systématique du préservatif chez les participants en entente ouverte et en relation sérodifférente témoigne d'une certaine conscience du risque de la part des participants. Toutefois, la stabilité de la relation, la cohabitation, l'entente d'exclusivité sexuelle, la séroconcordance et la perception positive de la qualité du couple sont associées à un usage non systématique du préservatif. Au sein des couples, la perception qu'a chacun des partenaires est donc une donnée subjective que la notion de stabilité du couple (Moreau-Gruet, et al., 2001) et son ancrage dans un même lieu d'habitation (Carpenter, 2004) amplifient. Il est ainsi possible de postuler que si la familiarité (notamment liée à la durée de la relation), et l'engagement dans une relation (notamment illustré par la cohabitation) ont un impact sur le port du préservatif cela se fait au détriment de son usage effectif. Les écrits scientifiques relèvent par ailleurs qu'un quart des HARSAH séropositif ignorerait qu'il est infecté, se croyant ainsi séronégatif (Marks, et al., 2006; Lambert et al., 2006), et que les infections transmises par des individus ne connaissant pas leur sérologie seraient trois fois et demie plus nombreuses que celles relevant de relations sexuelles avec des partenaires se sachant infectés (Marks et al., 2006). Dans ce contexte, la situation apparaît plus problématique encore lorsque l'on tient compte d'une autre étude dont les résultats mentionnent l'impossibilité d'obtenir l'assurance que la connaissance du statut

sérologique du partenaire est exacte (Niccolai, et al., 2002). De fait, malgré une apparente concordance entre conscience des modes de transmission du VIH et des comportements sexuels sécuritaires au sein des couples potentiellement sérodifférents, les écrits scientifiques démentent la certitude que les couples séroconcordants négatifs ne sont pas exposés au risque d'infection par le VIH. Par ailleurs, comme en témoignent les 22,37 % de participants à la présente étude ayant brisé leur entente, il est possible que certains HARSAH, bien qu'adhérents à un idéal monogame, ne la pratiquent pas (Blashill, et al., 2014; Prestage, et al., 2006; Mitchell, 2010; Gomez, et al., 2012). La réticence à divulguer des rencontres sexuelles en dehors de la relation conjugale (Worth, et al., 2002) contribue indirectement à augmenter les probabilités d'exposition au VIH dans le cas où le préservatif n'est pas utilisé lors des relations anales intra- et extra-conjugales.

Enfin, les résultats confirment que la qualité perçue de la relation influence la décision d'utiliser ou non systématiquement le préservatif avec le partenaire conjugal. Les écrits scientifiques, étayés par nos résultats, montrent que la perception de la qualité de la relation a possiblement des effets contradictoires sur les comportements à risque d'infection par le VIH selon le type de partenaire (régulier versus occasionnel). En effet, suivant l'étude de Darbes, et al., (2014) quelle que soit la concordance sérologique du couple, une dynamique relationnelle positive, marquée par exemple par l'engagement et la satisfaction, diminue les probabilités de s'engager dans du sexe anal sans préservatif avec un partenaire extérieur ainsi que celles d'un éventuel bris d'entente (Gomez, et al., 2012).

De plus, la présente étude confirme que des facteurs personnels et sociocognitifs sont aussi significativement associés à l'usage non systématique du préservatif des hommes en couple de même sexe lors de relations anales. En effet, les résultats indiquent qu'un revenu moins élevé, être canadien de souche, avoir un faible

sentiment d'efficacité personnelle à négocier le préservatif et considérer le préservatif comme une interférence à l'intimité contribuent à un usage non systématique du préservatif. Le fait que les trois types de facteurs inclus dans les analyses (personnels, sociocognitifs et conjugaux) aient un impact sur l'usage systématique du préservatif lors de relations anales dans le contexte conjugal témoigne de la complexité des dynamiques d'exposition aux risques d'infection par le VIH au sein des couples de même sexe masculin. En effet, cette imbrication complexe de l'influence de chaque type de facteurs sur l'usage non systématique du préservatif implique qu'aucun d'entre eux n'est à même de prédire à lui seul ce phénomène. L'évaluation des risques et la prévention du VIH s'en trouvent complexifiées.

Ainsi, ces résultats, enrichis par les écrits scientifiques, confirment l'hypothèse que le contexte conjugal contribue à la prise de risque d'infection par le VIH des hommes en couple de même sexe, et ce de manière prépondérante comparativement aux facteurs personnels et sociocognitifs. En accord avec notre cadre conceptuel, nous pouvons avancer, dans la mesure où le contexte conjugal peut représenter une alternative aux doutes, aux risques et à l'incertitude relationnelle qui caractérisent la société contemporaine (Luhmann, 1992; Giddens, 2004; Jackson, 1993; Beck et Beck-Gernsheim, 1995; Joffe, 1997; Blais, 2007), la conjugalité peut offrir une solution symbolique aux risques d'infection par le VIH (Scott et Freeman, 1995; Blais, 2007; Courduriès, 2011), et ce, même si la perception de ces risques est très souvent sous-évaluée (Courduriès, 2011).

Cette hypothèse revient à dire que le contexte conjugal apparaît comme un obstacle à l'usage du préservatif avec le partenaire principal durant le sexe anal et que les risques d'infection par le VIH sont perçus en termes d'obstacles à la pérennité du couple. En effet, comme l'affirme Blais (2007), les HARSAH semblent confrontés à un paradoxe dans le contexte d'instabilité qui marque la relation conjugale : ce qui est sans risque pour le couple peut s'avérer risqué pour la santé (non-usage du

préservatif) alors que ce qui est sans risque pour la santé peut s'avérer risqué pour le couple (usage du préservatif). De fait, l'usage du préservatif peut être perçu comme un obstacle à la réalisation de l'intimité physique et émotionnelle. Par conséquent, le sexe anal sans préservatif peut affirmer le lien conjugal en signifiant la volonté de protection à tout prix de la relation. C'est possiblement pourquoi la protection du couple par le biais du sexe anal sans préservatif peut paradoxalement l'emporter sur la prévention des risques d'infection par le VIH, même dans le contexte d'un risque objectivable (par exemple, avec un partenaire sérodifférent).

Il n'en est sans doute pas ainsi pour l'ensemble des HARSAH en couple de même sexe dans la mesure où il n'est pas certain que tous bâtissent leur cadre conjugal autour des mêmes conceptions de l'amour, de la relation intime et de la prise de risques. Cela semble cependant être le cas pour nombre d'entre eux. En effet, les résultats corroborent l'idée que l'usage non systématique du préservatif agit comme marqueur de la relation conjugale puisque son usage est lié aux caractéristiques conjugales incluses dans les analyses. De plus, le rôle fondamental des émotions dans le cadre de l'usage du préservatif lors de relations anales dans le contexte conjugal est indéniable. De fait, à moins d'une exposition au risque d'infection par le VIH évidente (par exemple, sérodifférence des partenaires ou entente ouverte), les individus choisiraient prioritairement d'assurer la survie de l'entité conjugale aux dépens de l'usage du préservatif. En d'autres termes, les résultats suggèrent que la façon dont le préservatif est perçu par les HARSAH en couple de même sexe a un impact significatif sur son usage lors de relations anales, conception qu'il serait pertinent de considérer dans les campagnes de lutte contre le VIH.

### 3.2 Implications pour l'intervention et la prévention sexologique

Il semble donc primordial de concevoir des plans d'intervention et de prévention spécifiquement adaptés aux HARSAH en couple de même sexe. Il est de même important de comprendre que les facteurs conjugaux ne sont pas liés à l'usage du préservatif de la même manière, qu'une relation séroconcordante ne l'est que potentiellement et que des bris d'entente d'exclusivité sexuelle ou concernant le port du préservatif avec les partenaires sexuels extérieurs peuvent survenir dans les couples de même sexe monogames ou en entente ouverte. La conjugalité ne préservant pas du risque d'infection par le VIH, il est approprié de continuer à promouvoir le préservatif dans les contextes reconnus comme plus à risque d'infection par le VIH (relations sérodifférentes, charge virale élevée ou fluctuante, relations ouvertes, de courtes durées; etc.). Toutefois, il est aussi judicieux d'encourager le recours au préservatif ou encore l'assiduité dans le recours aux tests de dépistage des hommes en couple potentiellement séroconcordants, en relation monogame, cohabitant, de longue durée. Il paraît aussi opportun d'inciter aux dépistages réguliers des deux partenaires ou à l'usage systématique du préservatif au sein du couple, et ce, quelle que soit la perception de la qualité de la relation.

Par ailleurs, la contribution des facteurs conjugaux, personnels et sociocognitifs à l'occurrence du sexe anal sans préservatif suggère la nécessité de prendre en compte la complexité des facteurs associés à l'usage non systématique du préservatif. De fait, l'ensemble de ces facteurs devrait être pris en considération de manière interreliée afin que les programmes d'intervention et de prévention destinés aux hommes en couple de même sexe soient les plus efficaces possible. Par exemple, il serait utile de développer des habiletés de négociation du sexe sécuritaire spécifiques au cadre conjugal. En découle aussi un besoin de différencier les campagnes de prévention et d'intervention en fonction des caractéristiques inhérentes à des sous-populations distinctes dont les facteurs de risques ne sont pas interprétés et gérés de la même manière. En effet, comme le démontrent les résultats et la littérature, les enjeux et les comportements diffèrent selon les caractéristiques personnelles, sociocognitives ou

conjugales. Il serait donc utile de mettre en place des programmes et des campagnes d'intervention et de prévention qui tiennent compte des enjeux posés par la perception de la durée de la relation, de la trajectoire migratoire, du niveau de revenu, de la cohabitation, de l'entente d'exclusivité sexuelle, de la concordance sérologique, etc.

### 3.3 Forces et limites de l'étude

La force de cette recherche réside certainement dans sa volonté d'apporter des éléments supplémentaires à la recherche et un éclairage nouveau, notamment en vérifiant que les caractéristiques du fonctionnement conjugal sont associées à l'usage systématique du préservatif dans le contexte des couples de même sexe masculin, et ce, de manière prépondérante comparativement aux facteurs personnels et sociocognitifs. Cet éclairage a l'avantage d'offrir de nouvelles perspectives stratégiques dans le cadre des efforts de prévention et d'intervention sexologique auprès des hommes en couple de même sexe qui sont surexposés aux risques d'infection par le VIH.

Il a ainsi été possible de vérifier que plusieurs caractéristiques conjugales, soit la sérodifférence du couple, l'entente sexuelle, la durée de la relation, la cohabitation et la qualité perçue de la relation ont un impact sur l'usage du préservatif. Or, l'ensemble de ces caractéristiques n'avait pas encore été inclus dans une seule et même étude. De plus, les données recueillies concernant la perception générale de la qualité de la relation suggèrent l'importance de la considérer dans le cadre d'études s'intéressant au lien entre la prise de risque d'infection par le VIH et la qualité perçue des dynamiques conjugales. Cet indicateur général a en effet l'avantage, en plus de permettre une théorisation homogène, de simplifier les analyses et de diminuer

l'occurrence de certains problèmes d'estimation (tels que la multicollinéarité entre certains indicateurs de qualité relationnelle).

Une autre innovation de cette recherche a été de vérifier, en accord avec notre cadre conceptuel, la contribution des facteurs conjugaux à l'occurrence du sexe anal sans préservatif de manière prépondérante comparativement aux facteurs personnels et sociocognitifs. Enfin, la présente étude a pu confirmer la nécessité de considérer la complexité de la dimension socio affective et socio sexologique prévalant à la prise de décision de l'usage du préservatif. Cette recherche participe donc au rayonnement sexologique en accroissant les connaissances au sujet de la prise de risque d'infection par les VIH des hommes en couple de même sexe, en nourrissant les stratégies d'intervention et de prévention visant ultimement la lutte contre le VIH.

En renforçant notre compréhension de l'occurrence du sexe anal sans préservatif au sein des couples de même sexe masculin, cette étude permet d'offrir des pistes d'intervention et de prévention sexologique adaptées à la réalité de cette sous-population de HARSAH, mais elle comporte cependant certaines limites. La limite la plus importante tient dans la définition de la variable dépendante au détriment de la notion de risque d'infection par le VIH, soit d'avoir considéré l'usage systématique du préservatif sans égard au statut sérologique, à la charge virale, au respect de l'entente ou encore aux pratiques de prophylaxie. Ceci s'explique essentiellement par le faible taux de participants en couples sérodifférents, ayant brisé leur entente monogame ou encore n'utilisant pas le préservatif avec des partenaires extérieurs à la relation (pour les couples ouverts). Cette contrainte empêche toute tentative d'analyse de la contribution du contexte conjugal à l'occurrence de relations anales à risque. L'inclusion, dans les analyses, de la sérodifférence du couple et de l'entente en variables indépendantes nous a semblé être une alternative pertinente au moins pour souligner, à l'aide des écrits scientifiques sur le sujet, l'idée que les couples séroconcordants et monogames ne sont pas à l'abri du risque d'infection par le VIH et

qu'il est important de modifier la perception du préservatif aussi dans ces contextes particuliers.

Les données à disposition n'intégraient pas non plus la consommation de substances lors des rapports sexuels, les habitudes de dépistage ou le recours à des pratiques sexuelles s'apparentant à des stratégies de minimisation des risques. Cette limite a pour effet d'occulter une partie des facteurs influençant l'usage du préservatif au sein des couples masculins de même sexe et donc de ne pas offrir une vision exhaustive de la prise de risque d'infection par le VIH. Par ailleurs, le devis transversal sollicité par l'étude rendait difficile l'élimination des facteurs confondants et impossible l'analyse du changement dans les patrons d'usage du préservatif. Il est en effet possible de penser que l'usage du préservatif évolue au fil du développement de la relation conjugale (ce que suggère l'association statistiquement significative de l'usage systématique du préservatif avec la durée de la relation).

Enfin, le recours à un échantillon de convenance (qui implique un biais d'autosélection) et le petit nombre (157) de participants limite la généralisation des résultats. Le recours à un échantillon non probabiliste de volontaires introduit des biais de sélection importants et que les caractéristiques des non-répondants ne sont pas connues, ce qui empêche l'estimation des marges d'erreur et la généralisation des résultats. Il est donc possible de se demander si les résultats auraient été similaires avec un échantillon plus important. De fait, les résultats ne valent pour des hommes en couple de même sexe partageant des caractéristiques similaires (mieux scolarisés, nantis, s'auto-identifiant comme gais ou homosexuels, etc.).

#### 3.4 Recommandations et pistes de recherche

Au regard de ces limites certaines questions restent problématiques, demeurent en suspens ou doivent être approfondies. Sans doute en ce sens serait-il opportun de mener le même type d'étude en palliant aux limites énoncées. D'une part, le recours à un plus grand échantillon afin de recueillir des données généralisables serait indiqué. D'autre part, inclure des données sur les relations anales à risque et les autres types de comportements de gestion ou de prise de risque d'infection par le VIH (usage de drogue et d'alcool, pratiques de dépistage, prophylaxie pré-exposition, positionnement stratégique, etc.) permettrait d'acquérir une vision plus exhaustive des réalités vécues par les hommes en couple de même sexe et davantage holistique.

De plus, les résultats relatifs à l'indicateur de la perception générale de la qualité de la relation questionnent sa contribution comparativement aux indicateurs de la qualité des dynamiques conjugales (amour, confiance, satisfaction relationnelle et sexuelle, etc.) traditionnellement analysés isolément. Il serait en effet intéressant de vérifier si cet indicateur général a préséance pour expliquer l'usage non systématique du préservatif ou si sa puissance explicative complète celle des indicateurs de la qualité des dynamiques conjugales pris un à un. Une telle recherche sur des hommes en couple de même sexe ayant des pratiques anales à risque permettrait de mieux comprendre la prise de risque d'infection par le VIH et donc de contribuer à nourrir les campagnes de prévention et d'intervention en la matière.

Enfin, à la lumière des résultats concernant les participants en relation potentiellement sérodifférente et de la littérature sur le sujet, il serait pertinent de mettre en place une recherche afin d'analyser le rôle modérateur de la perception de la qualité de la relation dans la relation entre une évaluation du risque basée sur le statut sérologique connu ou présumé du partenaire de couple et l'usage du préservatif. Il est en effet possible d'émettre l'hypothèse que le risque serait d'autant plus atténué que la qualité perçue de la relation augmente. Vérifier cette hypothèse permettrait de participer considérablement à l'avancement des connaissances au sujet de la prise de

risque d'infection par le VIH au sein des couples de même sexe masculin potentiellement sérodifférents.

### 3.5 Conclusion

Cette recherche contribue à mieux cerner la prise de risque d'infection par le VIH des hommes en couple de même sexe. Elle permet une meilleure compréhension des enjeux du contexte conjugal des HARSAH en couple de même sexe, donc dans la sphère intime qui, dans le cadre des sociétés modernes caractérisées par le risque et la montée d'un idéal amoureux, est difficilement contrôlable. D'autres projets de recherches similaires permettront de vérifier la contribution du contexte conjugal aux relations anales à risque dans des cadres plus larges que celui, plus restreint, du sexe anal sans préservatif. En attendant que de telles études soient mises en place, force est d'espérer que ce mémoire saura être à même d'offrir des pistes de réflexion et sera un support, aussi modeste soit-il, à l'intervention et à la prévention sexologique auprès des hommes en couple de même sexe afin d'encourager une conception plus positive de l'usage du préservatif lors de relations anales avec le partenaire affectif ou amoureux. Nous sommes convaincus que ce changement tient en partie à la prise de conscience des effets délétères d'une conception affective du préservatif typique de la modernité, qui peut conduire les individus à agir selon l'adage que « le cœur a ses raisons que la raison ignore ».

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. (2011). *M-track : Surveillance améliorée de l'infection au VIH, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et des comportements à risque associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes au Canada. Rapport de la phase 1.* [Document PDF] Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Récupéré le 1<sup>er</sup> mars 2014 de [http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26403\\_F.pdf](http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26403_F.pdf).
- Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. (2013). Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes. Hommes gais, bisexuels, bispirituels et ayant des relations sexuelles avec des hommes. Récupéré le 1<sup>er</sup> mars 2014 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/men-hommes/assets/pdf/pshasrm-revspdhib-fra.pdf>
- Appleby, P. R., Marks, G., Ayala, A. L. G., Miller, L. C., Murphy, S. et Mansergh, G. (2005). Consideration of Future Consequences and Unprotected Anal Intercourse among Men who Have Sex with Men. *Journal of homosexuality*, 50(1), 119-133.
- Bauermeister, J. A. (2011). Romantic Ideation, Partner-seeking, and HIV Risk among Young Gay and Bisexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 431-440.
- Bauermeister, J. A., Ventuneac, A., Pingel, E., et Parsons, J. T. (2012). Spectrums of Love: Examining the Relationship Between Romantic Motivations and Sexual Risk Among Young Gay and Bisexual Men. *Aids Behavior*, 16, 1549-1559.
- Bauman, Z. (2004) *L'Amour liquide, De la fragilité des liens entre les hommes (Liquid Love, 2003)*, Éditions du Rouergue. 192 p.
- Beck, U. (2001). *La Société du risque : Sur la voie d'une autre modernité* (Risikogesellschaft, 1986), Aubier. 521 p.
- Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (1995). Love, our secular religion. *The normal chaos of love* (pp.168–201). Cambridge : PolityPress.

- Blais, M. (2007). *Le risque d'infection par le VIH et sa prévention chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) : Une perspective sociologique systémique*. (Thèse de doctorat non publiée). Université du Québec à Montréal.
- Blashill, A. J., Wilson, J. M., O'Cleirigh, C. M., Mayer, K. H. Et Safren, S. A. (2014). Examining the Correspondence Between Relationship Identity and Actual Sexual Risk Behavior Among HIV-Positive Men Who Have Sex with Men. *Archives of Sexual Behavior*, 43(1), 129-137.
- Bony, P. (2012). *Les prises de risque sexuel liées au VIH/sida chez les gays : pari inconscient et logique fétichiste du désir*. (Thèse de doctorat non publiée). Université de Rennes 2.
- Buchbinder, S., Vittinghoff, E., Heagerty, P. J., Celum, C. L., Seage, G. R., et Judson, F. N. (2005). Sexual risk, Nitrite Inhalant Use and Lack of Circumcision Associated With HIV Seroconversion in Men Who Have Sex With Men in the United States. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 39(1), 82-89.
- Brown, J., Ramirez, O. S., et Schniering, S. (2013). Finding Love: Passion, Intimacy, and Commitment in the Relationships of Gay Men. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 34, 32-53
- Carpenter, C. (2004). New Evidence on Gay and Lesbian Household Incomes. *Contemporary Economic Policy*, 22(1), 78-94.
- Chakravarty, D., Hoff, C. C., Neilands, T. B., et Darbes, L. A. (2012). Rates of Testing for HIV in the Presence of Serodiscordant UAI Among HIV-negative Gay Men in Committed Relationships. *AIDS and Behavior*, 16(7), 1944-1948.
- Coates, T. J. (2008). What Is to Be Done? *AIDS*, 22, 1079-1080.
- Courduriès, J. (2011) *Être en couple gay : conjugalité et homosexualité masculine en France*. Presses Universitaires de Lyon.
- Davidovich, U., De Wit, J. W., Albrecht, N., Geskus, R., et Stroebe, W. (2001). Increase in the Share of Steady Partners as a Source of HIV Infection: a 17 Years Study of Seroconversion Among Gay Men. *AIDS*, 15, 1303-1308
- Davidovich, U., De Wit, J. B., et Stroebe, W. (2004). Behavioral and Cognitive Barriers to Safer Sex Between Men in Steady Relationships: Implications for Prevention Strategies. *AIDS education and prevention*, 16(4), 304-14.

- Davidovich, U., De Wit, J. B., et Stroebe, W. (2006). Relationship Characteristics And Risk of HIV Infection: Rusbult's Investment Model and Sexual Risk Behaviour of Gay Men in Steady Relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 22-40.
- Darbes, L. A., Chakravarty, D., Neilands, T. B., Beougher, S. C., et Hoff, C. C. (2014). Sexual Risk for HIV Among Gay Male Couples: A Longitudinal Study of the Impact of Relationship Dynamic. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 47-60.
- De Vroome, E. M. M., Stroebe, W., Sandfort, T. G. M., De Wit, J., et Van Griensven, G. (2000). Safer Sex in Social Context: Individualistic and Relational Determinants of AIDS-Preventive Behavior Among Gay Men. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(11), 22-40.
- Duncan, D., Prestage, G., et Grierson, J. (2014). Trust, Commitment, Love and Sex: HIV, Monogamy, and Gay Men. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 0(0), 1-16.
- Duchaine, G. (2015, 1<sup>er</sup> mai). VIH : un séropositif aurait leurré ses partenaires avec un faux rapport médical. *La Presse (Montréal)*, Repéré à : [http://plus.lapresse.ca/screens/84499401-587f-40d6-9cb8-2a96838af1be%7C\\_0.html](http://plus.lapresse.ca/screens/84499401-587f-40d6-9cb8-2a96838af1be%7C_0.html)
- Elford, J. (2006). Changing Patterns of Sexual Behaviour in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Current opinion in infectious diseases*, 19(1), 26-32.
- Fletcher, G. J. O., Simpson, J. A., et Thomas, G. (2000). The Measurement of Perceived Relationship Quality Components: A Confirmatory Factor Analytic Approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 340-354
- Flowers, P., Smith, J. A., Sheeran, P., et Beail, N. (1997). Health and Romance: Understanding Unprotected Sex in Relationships Between Gay Men. *British Journal of Health Psychology*, 2, 73-86.
- Forst, D., Stirratt, M. J., et Ouellette, S. C. (2008). Understanding Why Gay Men Seek Hiv-Seroconcordant Partners: Intimacy and Risk Reduction Motivations. *Culture, Health and Sexuality An International Journal for Research, Intervention and Care*, 10(5), 513-527.
- Gamarel, K. E., Starks, T. J., Dilworth, S. E., Neilands, T. B., Taylor, J. M., et Johnson, M. O. (2013) Personal or Relational? Examining Sexual Health in the Context of HIV Serodiscordant Same-Sex Male Couples. *AIDS and Behaviour*, 1-9.

- Gass, K., Hoff, C. C., Stephenson, R., et Sullivan, P. S. (2012). Sexual Agreements in the Partnerships of Internet-Using Men Who Have Sex With Men. *AIDS Care*, 24(10), 1255–1263.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge : Polity. 264 p.
- Giddens, A. (2004). *La transformation de l'intimité : Sexualité, amour et érotisme dans les sociétés modernes (The Transformation of Intimacy: Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies, 1992)*, Éditions du Rouergue. 265 p.
- Golub, S. A., Starks T. J., Payton, G., et Parsons, J. T. (2011). The Critical Role of Intimacy in the Sexual Risk Behaviors of Gay and Bisexual Men. *AIDS and Behavior*, 626-632.
- Gomez, A. M., Beougher, S. C., Chakravarty, D., Neilands, T. B., Mandic, C. G., Darbes, L. A., et Hoff, C. C. (2012). Relationship Dynamics as Predictors of Broken Agreements About Outside Sexual Partners: Implications for HIV Prevention Among Gay Couple. *AIDS and Behavior*, 16(6), 1584-8
- Goodreau, S. M., Carnegie, N. B., Vittinghoff, E., Lama, J. R., Sanchez, J., Grinsztejn, B., et Buchbinder, S. P. (2012). What Drives the US And Peruvian Epidemics in Men Who Have Sex With Men (MSM)? *PLoS One*, 7(11), 1-9.
- Holland, J., Ramazanoglu, C., Sharpe, S., et Thomson, R. (1998) *The Male in the Head : Young People, Heterosexuality and Power* London. Tufnell Press. 172 p.
- Hoff, C. C., Gomez, C., Faigeles, B., Purcell, D. W., Halkitis, P. N., Parsons, J. T., et Remien, R. H. (2005). Serostatus of Primary Partner Impacts Sexual Behavior Inside and Outside the Relationship. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 16(4), 77-95.
- Hoff, C. C., Beougher, S. C., Chakravarty, D., Darbes, L. A., et Neilands, T. B. (2010). Relationship characteristics and motivations behind agreements among gay male couples: differences by agreement type and couple serostatus, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 22(7), 827-835.
- Hoff, C. C., Chakravarty, D., Beougher, S. C., Neilands, T. B., et Darbes, L. A. (2012). Relationship Characteristics Associated with Sexual Risk Behavior Among MSM in Committed Relationships, *AIDS PATIENT CARE and STDs*, 26(12), 738-45.

- Jackson, S. (1993), Even Sociologists Fall in Love : An Exploration in the Sociology of Emotions Sociology. *Sociology*, 27(2), 201-220.
- Jarama, S. L., Kennamer, J. D., Poppen, P. J., Hendricks, M., et Bradford, H. (2005). Psychosocial, Behavioral, and Cultural Predictors of Sexual Risk for HIV Infection Among Latino Men Who Have Sex With Men. *Aids and behavior*, 9(4), 513-523.
- Joffe, H. (1997). Intimacy and love in late modern conditions. In: *Body Talk*. (159-175). Routledge : London.
- Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. (2012, juin). *Rapport intégré : épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*. Récupéré le 18 décembre 2014 de [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1522\\_RappIntegreEpidemioITSSQc.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1522_RappIntegreEpidemioITSSQc.pdf)
- Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. (2014, novembre). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, année 2013 (et projections 2014)*. [DocumentPDF] Récupéré le 18 décembre 2014 de [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1920\\_Portrait\\_ITSS\\_2013\\_Projections\\_2014.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1920_Portrait_ITSS_2013_Projections_2014.pdf)
- Karney, B. R., Hops, H., Redding, C. A., Reis, H. T., Rothman, A. J., et Simpson, J. A. (2010). A Framework for Incorporating Dyads in Models of HIV-Prevention. *AIDS and behavior*, 14(2), 189-203.
- Lambert, G., et collaborateurs. (2012). *ARGUS 2008-2009 : Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes : Rapport synthèse*. [Document PDF] Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada. Récupéré le 1<sup>er</sup> mars 2014 de <http://dspmtl.qc.ca/argusquebec/pdf/ARGUSFaits%20sailants2008-2009.pdf>
- La Sala, M. C. (2005). Monogamy of the Heart: Extradysadic Sex and Gay Male Couples. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 17, 1-24.
- Lerch, A. (2007). Normes amoureuses et pratiques relationnelles dans les couples gays : Héritage et inventivité. *Informations sociales*, 144, 108-117.

- Locicero, S., Jeannin, A., et Dubois-Arber, F. (2012). *Les comportements face au VIH/sida des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes - Enquête Gaysurvey*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive Unité d'évaluation de programmes de prévention – UEPP. Récupéré le 1<sup>er</sup> mars 2014 à : [http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds219\\_fr.pdf](http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds219_fr.pdf)
- Lhumann, N. (1992). *Amour comme passion: De la codification de l'intimité (Liebeals Passion, 1982)*, Aubier. 300 p.
- Marks, G., Crepaz, N., et Janssen, R. S. (2006). Estimating Sexual Transmission of HIV from Persons Aware and Unaware That They Are Infected With the Virus in the USA. *AIDS*, 20(10), 1447-1450.
- McInnes, D., Bradley, J., et Prestage, G. (2011). Responsibility, Risk and Negotiation in the Discourse of Gay Men's Group Sex. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 13(1), 73-87
- Méliou, E. (2007). L'interaction dans les situations d'intimité sexuelle et l'Émergence du rejet de l'acte de prévention. *Revue internationale de Psychologie*, 13, 109-121.
- Mills, T. C., Paul, J., Stall, R., Pollack, L., Canchola, J., et Chang, Y. J. (2004). Distress and Depression in Men Who Have Sex With Men: The Urban Men's Health Study. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 278-285.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2010). *L'épidémie Silencieuse – Les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Quatrième rapport national sur l'état de la santé de la population du Québec*. [document PDF]. Récupéré le 1<sup>er</sup> Mars 2014 de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>
- Mitchell, J. W. (2010). *Examining the role of relationship characteristics and dynamics on sexual risk behavior among gay male couples*. (Thèse de doctorat non publiée). Université de l'état de l'Oregon.
- Mitchell, J. W., Harvey, S. M., Champeau, D., et Seal, D. W. (2012). Relationship Factors Associated With HIV Risk Among a Sample of Gay Male Couples. *AIDS and Behavior*, 16(2), 404–411.
- Mitchell, J. W., et Petroll, A. E. (2012). Factors Associated With Men in HIV-Negative Gay Couples Who Practice UAI Within and Outside of Their Relationship. *AIDS and Behavior*. Advance online publication.

- Mitchell, J. W. (2014). Characteristics and Allowed Behaviors of Gay Male Couples' Sexual Agreements. *Journal of sex research*, 51(3), 316-28.
- Moeller, R. W., Halkitis, P. N., Pollock, J. A., Siconolfi, D. E., et Barton S. (2013) When the Emotions Really Started Kicking In, Which Ended Up Being a Problem Sex, HIV, and Emotions Among Young Gay and Bisexual Men. *Journal of homosexuality*, 60(5), 773-795.
- Moreau-Gruet, F., Jeannin, A., Dubois-Arber, F., et Spencer, B. (2001). Management of the Risk of HIV Infection In Male Homosexual Couples. *AIDS*, 15(8), 1025-1035.
- Mustanski, B., Newcomb, M. E., et Clerkin, E. M. (2011). Relationship Characteristics and Sexual Risk-Taking in Young Men Who Have Sex With Men. *Health Psychology*, 30, 597-605.
- Mustanski, B., et Parsons, J. T. (2014). Introduction to the Special Section on Sexual Health in Gay and Bisexual Male Couples. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 17-19
- Niccolai, L. M., Farley, T. A., Ayoub, M. A., Magnus, M., et Kissinger, P. J. (2002). HIV-Infected Persons' Knowledge Of Their Sexual Partners' HIV Status. *AIDS Education and Prevention*, 14(3), 183-189.
- Newcomb, M. E., Ryan, D. T., Garofalo, R., et Mustanski, B. (2014). The Effects of Sexual Partnership and Relationship Characteristics on Three Sexual Risk Variables in Young Men Who Have Sex with Men. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 61-72.
- Parsons, J. T., Starks, T. J., DuBois, S., Grov, C., et Golub, S. A. (2013). Alternatives to Monogamy Among Gay Male Couples in a Community Survey: Implications For Mental Health and Sexual Risk. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 303-312.
- Pathela, P., Hajat, A., Schillinger, J., Blank, S., Sell, R., et Mostashari, F. (2006). Discordance Between Sexual Behavior and Self-Reported Sexual Identity: a Population-Based Survey of New York City Men. *Annals of Internal Medicine*, 145, 416-425.
- Peretti-Watel, P. (2010). *La société du risque*. La Découverte. 126 p.
- Petersen A. (1997). Risk, governance and the new public health. In Petersen, A. EtBunton, R., *Foucault, Health and Medicine*. London, Routledge.

- Piaseczna, M. A., Craib, K. J. P., Li, K., Chan, k., Weber, A. E., Strathdee, S. A., Martindale, S., Schechter et Hogg, R. S. (2001). Longitudinal Patterns of Sexual Behavior and Condom Use in A Cohort of HIV-Negative Gay and Bisexual Men in Vancouver, British Columbia Canada. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 28(2), 187- 193.
- Poon, K., et Ho, T. (2002). A Qualitative Analysis of Cultural and Social Vulnerabilities To HIV Infection Among Gay, Lesbian, and Bisexual Asian Youth. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 14(3), 43-78.
- Prestage, G., Mao, L., McGuigan, D., Crawford, J., Kippax, S., Kaldor J. et Grulich, A. J. (2006). HIV Risk and Communication Between Regular Partners in a Cohort of HIV-Negative Gay Men. *AIDS Care*. 18 (2), 166-172.
- Purcell, D. W., Mizuno, Y., Smith, D. K., Grabbe, K., Courtenay-Quirk, C., Tomlinson, H., et Mermin, J. (2014). Incorporating Couples-Based Approaches into HIV Prevention for Gay and Bisexual Men: Opportunities and Challenges. *Archives of sexual behavior*, 43(1), 35-46.
- Réseau canadien d'info-traitements sida [CATIE] et HIV & AIDS LegalClinic Ontario [HALCO]. (2013). Dévoilement du VIH : guide d'information sur le droit pour les hommes gais au Canada, (2<sup>ème</sup> édition). Récupéré le 29 avril 2015 à [Http://www.catie.ca/fr/guides-pratiques/devoilement-vih](http://www.catie.ca/fr/guides-pratiques/devoilement-vih)
- Rhodes, T., et Cusick, L. (2000). Love and Intimacy in Relationship Risk Management: HIV Positive People and Their Sexual Partners. *sociology of Health and Illness*, 22(1), 1-26.
- Rhodes, T., et Cusick, L. (2002). Accounting for Unprotected Sex: Stories of Agency and Acceptability. *Social science and medecine*, 55(2), 211-226.
- Schmitz, C. (2013). LimeSurvey: An Open Source Survey Tool [Online application]. Récupéré de <https://www.limesurvey.org/>
- Scott, S., et Freeman, R. (1995). Prevention as a Problem of Modernity: the Example of HIV And AIDS. *Sociology of health & illness monograph serie*, 151-170.
- Scott, S., William, G., Platt, S., et Thomas, H. (1992). *Private risks and public dangers*, Aldershot : Avebury. 368 p.
- Starks, T. J., Payton, G., Golub, S. A., Weinberger, C. L., et Parsons, J. T. (2013) Contextualizing Condom Use Intimacy Interference, Stigma, and Unprotected Sex. *Journal of Health Psychology* 0(0), 1-10.

- Statistique Canada. (2014). Population, selon l'état matrimonial et le sexe. Récupéré le 29 juin 2015 à <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/famil01-fra.htm>
- Sullivan, S., Salazar, L., Buchbinder, S., et Sanchez, T. H. (2009). Estimating the Proportion of HIV Transmissions From Main Partners Among Men Who Have Sex With Men in Five US Cities. *AIDS* 2009, (0) 0, 1-10.
- Theodore, S. P., Duràn, R. E. F., Antoni, M. H., et Fernandez, M. I. (2004). Intimacy and Sexual Behavior Among Hiv-Positive Men-Who-Have-Sex-With-Men in Primary Relationship. *AIDS and Behavior*, (8) 3, 321-332.
- Varghese, B., Maher, J. E., Peterman, T. A., Branson, B. M., et Steketee, R. W. (2002). Reducing the Risk of Sexual HIV Transmission: Quantifying the Per-Act Risk for HIV On the Basis of Choice of Partner, Sex Act, and Condom Use. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(10), 38-43.
- Wang, X. (2012). The Role of Attitude Functions, Efficacy, Anticipated Emotions, and Relationship Status on College Students' Condom Use Intentions. *Journal of sex research*, 37-41.
- Wiggers, L. C. W., De Wit, J. B. F., Gras, M. J., Coutinho, R. A., et Van den Hoek, A. (2003). Risk Behavior and Social-Cognitive Determinants of Condom Use Among Ethnic Minority Communities in Amsterdam. *Aids Education and Prevention*, 15(5), 430-447.
- World Health Organization. (2011). *Global HIV/AIDS response : epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011*. Récupéré le 1<sup>er</sup> mars 2014 à [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf)
- Worth, H., Reid, A., et McMillan, K. (2002). Somewhere Over the Rainbow: Love, Trust and Monogamy in Gay Relationships. *Journal of Sociology*, 38(3), 237-53.
- Xiridou, M., Geskus, R., de Wit, J., Coutinho, R., et Kretzschmar, M. (2003). The Contribution of Steady and Causal Partnerships To the Incidence of HIV Infection Among Homosexual Men in Amsterdam. *AIDS*, 17, 1029-103

APPENDICE A

CERTIFICATS D'ÉTHIQUE DU PROJET ÉPRIS

**UQAM**  
Université du Québec à Montréal

No du certificat : S-701722

**CICRETH**  
Comité institutionnel d'éthique de la  
recherche avec des êtres humains

**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) : Martin Blais  
Unité de rattachement : Département de sexologie  
Co-chercheur(s) : Barry Adam (Université de Windsor), Francine Lavoie (Université Laval)  
Stagiaire postdoctoral(e) : s/o  
Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse (incluant les thèses de spécialisation) dans le cadre du présent protocole de recherche : Marie-France Goyer (maîtrise en sexologie), Céline Magontier (maîtrise en sexologie), Carl Rodrigue (maîtrise en sexologie)  
Titre du protocole de recherche : La diversification des configurations relationnelles non traditionnelles  
Organisme de financement : CRSH

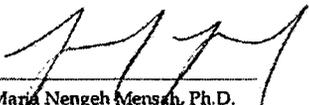
**Modalités d'application**

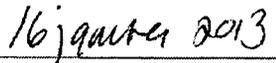
Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comité<sup>1</sup>.

Tout événement 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 janvier 2014. 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 décembre 2013 : <http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humains/comites-reunions-formulaires-eth-humains/cier-comite-institutionnel-dethique-de-la-recherche-avec-des-etres-humains.html>

  
Maria Nengeh Mensah, Ph.D.  
Professeure  
Vice-présidente

  
Date d'émission initiale du certificat

<sup>1</sup> 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 au retrait de membres).



Vice-rectorat à la recherche et à la création  
Comité d'éthique de la recherche

Québec, le 28 janvier 2013

Madame Louise Arisais  
Service de la recherche et de la création  
Université du Québec à Montréal  
Case postale 8888, succursale Centre-ville  
Montréal (Québec) H3C 3P8

**Objet : Projet de recherche intitulé : La diversification des configurations relationnelles non traditionnelles (Numéro de dossier : 2013-008)**

---

Madame,

Nous accusons réception de votre correspondance du 23 janvier 2013 relative à la décision du CÉR de l'UQAM pour le projet suivant :

**Titre du projet :** La diversification des configurations relationnelles non traditionnelles  
**Chercheur principal :** M. Martin Blais, UQAM  
**Co-chercheur :** Mm Francine Lavoie, Université Laval

Le Comité d'éthique de la recherche en psychologie et en sciences de l'éducation de l'Université Laval considère également que le projet est à risque minimal et approuve votre décision en vertu de l'Entente pour la reconnaissance des certificats d'éthiques des projets de recherche à risque minimal. Nous comprenons que nous recevrons une copie du renouvellement annuel. Par ailleurs, si des fonds sont associés à ce projet à l'Université Laval, le Comité d'éthique de la recherche en psychologie et en sciences de l'éducation invite Mme Francine Lavoie, co-chercheuse du projet, à lui fournir le numéro SIRUL attribué par le Service des finances afin que les fonds associés au projet puissent être débloqués.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

**Marguerite Lavallée, présidente**  
Comité d'éthique de la recherche en psychologie et en sciences de l'éducation

C.c : Madame Francine Lavoie, professeure à l'École de Psychologie, Université Laval



Today's Date: July 05, 2013  
Principal Investigator: Mr. Martin Blais  
REB Number: 30976  
Research Project Title: REB# 13-113 "SMIT'N: Sexuality and Modern Intimate Ties and Networks"  
Clearance Date: July 4, 2013  
Project End Date: September 30, 2013  
Milestones:  
Renewal Due-2013/09/30(Pending)

---

This is to inform you that the University of Windsor Research Ethics Board (REB), which is organized and operated according to the Tri-Council Policy Statement and the University of Windsor Guidelines for Research Involving Human Subjects, has granted approval to your research project on the date noted above. This approval is valid only until the Project End Date.

A Progress Report or Final Report is due by the date noted above. The REB may ask for monitoring information at some time during the project's approval period.

During the course of the research, no deviations from, or changes to, the protocol or consent form may be initiated without prior written approval from the REB. Minor change(s) in ongoing studies will be considered when submitted on the Request to Revise form.

Investigators must also report promptly to the REB:

- a) changes increasing the risk to the participant(s) and/or affecting significantly the conduct of the study;
- b) all adverse and unexpected experiences or events that are both serious and unexpected;
- c) new information that may adversely affect the safety of the subjects or the conduct of the study.

Forms for submissions, notifications, or changes are available on the REB website: [www.uwindsor.ca/reb](http://www.uwindsor.ca/reb). If your data is going to be used for another project, it is necessary to submit another application to the REB.

We wish you every success in your research.

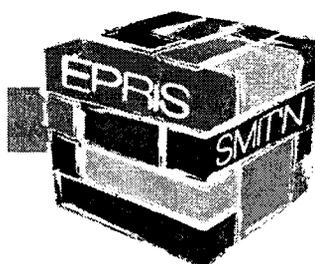
Pierre Boulos, Ph.D.  
Chair, Research Ethics Board  
Essex Hall, Room #116  
University of Windsor  
519-253-3000 ext. 3948  
Email: [ethics@uwindsor.ca](mailto:ethics@uwindsor.ca)

The information contained in this e-mail message is confidential and protected by law. The information is intended only for the person or organization addressed in this e-mail. If you share or copy the information you may be breaking the law. If you have received this e-mail by mistake, please notify the sender of the e-mail by the telephone number listed on this e-mail. Please destroy the original; do not e-mail back the information or keep the original.

## APPENDICE B

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PROJET ÉPRIS

Étude des parcours relationnels, intimes et sexuels 1/2



UQÀM

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

La diversification des relations intimes

#### IDENTIFICATION

##### **Chercheur principal :**

Martin Blais, Ph. D. Département de sexologie, Université du Québec à Montréal  
C.P. 8888, Succ. Centre-ville  
Montreal H3C 3P8  
[blais.martin@uqam.ca](mailto:blais.martin@uqam.ca)

##### **Co-chercheurs:**

Barry Adam, Ph. D., University of Windsor  
Francine Lavoie, Ph. D., Université Laval.

#### BUT GÉNÉRAL DU PROJET

- Nous vous proposons de participer à un projet de recherche dont l'**objectif est de développer des savoirs sur la diversification des relations amoureuses et sexuelles**. Ce projet reçoit l'appui financier du *Conseil de recherches en sciences humaines du Canada* (CRSH).

#### TÂCHES DEMANDÉES

- Il s'agit de **répondre à un questionnaire portant sur vos relations amoureuses et sexuelles**. Par exemple, des informations seront demandées concernant votre ou vos partenaires amoureux et/ou sexuels, votre satisfaction relationnelle, vos comportements sexuels, etc.

- **La durée approximative du questionnaire est d'environ 20 à 40 minutes**, selon vos réponses.

#### AVANTAGES ET RISQUES

- Il est impossible d'assurer que vous retirerez un avantage personnel en participant à cette étude. Il est probable qu'il soit bénéfique de pouvoir faire le point sur vos relations intimes et d'avoir la possibilité de contribuer à l'avancement des connaissances sur les relations intimes contemporaines.

- Les seuls inconvénients sont le temps requis pour répondre et le malaise pouvant être lié à certaines questions.

- Si vous ressentiez le besoin de parler de votre expérience, il vous est possible de contacter les ressources décrites dans l'onglet Ressources.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

- Vos réponses seront transmises anonymement à une base de données. Rien ne permettra de vous identifier et aucune information ne sera recueillie à votre insu. Ni l'adresse IP, ni l'adresse de courriel ne sera incluse dans les données et aucun fichier témoin (*cookie*) ne sera inscrit sur votre ordinateur.

- Les résultats de cette étude serviront à des fins de publications scientifiques uniquement. Les résultats ne vous seront pas communiqués directement. Ils seront communiqués dans les médias scientifiques généraux (colloques, revues scientifiques) ainsi que dans des bulletins d'informations présentant les résultats saillants sur le site web hébergeant l'enquête une fois la collecte de données terminée. Les données étant recueillies anonymement et étant traitées collectivement, sous forme de moyenne de groupe, il sera impossible d'identifier quiconque y ayant participé.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

- Votre participation doit se faire sur une base entièrement volontaire. Vous pouvez cesser de répondre aux questions à tout moment et fermer la fenêtre de votre navigateur sans aucun préjudice.

- Votre accord implique que vous acceptez que les renseignements recueillis soient utilisés anonymement aux fins de la recherche..

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

- En cas d'inquiétudes, questions ou plaintes soulevées par votre participation, vous pouvez communiquer avec Martin Blais, chercheur principal, au (514) 987-3000 poste 4031 ou par courriel à l'adresse [blais.martin@uqam.ca](mailto:blais.martin@uqam.ca)

- 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 aussi communiquer avec le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR), qui a approuvé le présent projet, au (514) 987-3000 # 7753 ou par courriel à [ciereh@uqam.ca](mailto:ciereh@uqam.ca).

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

FORMULE D'ADHÉSION À L'ÉTUDE ET SIGNATURE ÉLECTRONIQUE :

- .....
- J'ai lu et compris les informations indiquées.
  - Je consens volontairement et librement à participer à ce projet de recherche et sais que je peux à tout moment cesser d'y répondre.
  - Je sais que mes réponses seront traitées anonymement et qu'il sera impossible de m'identifier.