LES3SEX*

7 JEARS

Actes de colloque de la 7e édition de la Journée étudiante annuelle de la recherche en sexologie

2020© Les 3 sex* et le comité scientifique de la JEARS 2019 . Tous droits réservés.

Pour toute utilisation des textes issus de cette publication, veuillez nous contacter par courriel à l'adresse ci-dessous.
info@les3sex.com
www.les3sex.com

Les 3 sex*
2019 Moreau , suite 509
Montréal, Québec
Canada, H1W 2M1

La publication des *Actes de colloque de la 7e édition de la Journée étudiante annuelle de la recherche en sexologie* fut possible grâce à la participation du Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal.

Coordination de la JEARS

Amélie Gauthier-Duchesne (gauthier-duchesne.amelie@courrier.uqam.ca)

Comité scientifique de la JEARS

Amélie Gauthier-Duchesne
Sabrina Maiorano
Julie Descheneaux

Collaboration au Département de sexologie

Mylène Fernet, Directrice des programmes maîtrise recherche-intervention et de doctorat du Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal

Direction du projet pour Les 3 sex*

Emmanuelle Gareau

Direction de la révision Les 3 sex*

Magali Guilbault

Révision Les 3 sex*

Joanne Bertrand
Alexandra Forget
Anne Goulet

Graphisme Les 3 sex*

Marion Bertrand-Huot

Illustration (portraits des auteur.e.s)

Elise Imbeau

UQÀM LES3SEX*

Pour citer ce document :
Gauthier-Duchesne, A., Maiorano, S. et Descheneaux, J. (dir.) (2020). *Actes de colloque de la 7e édition de la Journée étudiante annuelle de la recherche en sexologie*. Montréal : Les 3 sex*. Récupéré de https://les3sex.com/fr/jears2019

INTRODUCTION

La Journée étudiante annuelle de la recherche en sexologie, aussi connue sous le nom de JEARS, est une initiative mise sur pied en 2013. Combinant communications orales et présentations par affiche, elle est un espace de diffusion de la recherche et des connaissances actuelles en sexologie, tous cycles d'études confondus. Alors que les étudiant.e.s de la maîtrise et du doctorat peuvent présenter leurs résultats de recherche ou le fruit d'observations cliniques, les étudiant.e.s du baccalauréat peuvent mettre en valeur l'excellence de leurs travaux d'équipe.

Cette journée porte un regard sur la diversité des problématiques de recherche qui stimulent les étudiant.e.s, tout en permettant de constater à quel point la sexologie a évolué depuis ses débuts. En effet, ces premiers actes de colloque coïncident avec le 50e anniversaire du Département de sexologie. En réaction aux critiques qui ont émergé ces dernières années à l'égard de notre champ d'étude, de nombreuses personnes se sont engagées à produire des savoirs et des perspectives plus inclusives et politisées sur la sexualité.

Ces actes de colloque contribuent à la formation des futur.e.s chercheuses et chercheurs qui peuvent acquérir une première expérience dans le monde de la publication scientifique en se familiarisant avec le processus de révision par les pairs tout en faisant rayonner la sexologie portée par la relève.

C'est donc avec fierté que nous vous présentons ces premiers actes de colloque de la JEARS qui regroupent quatre articles portant sur des sujets différents et utilisant des méthodologies variées, réaffirmant ainsi le caractère pluriel de la sexologie contemporaine.

Finalement, nous tenons à souligner à nouveau la qualité des travaux scientifiques présentés lors de cette Journée, comme en font foi les actes de colloque qui suivent. Nous souhaitons également remercier toutes les instances ayant contribué à la tenue de la 7e édition de la JEARS : le Département de sexologie, l'Association étudiante des cycles supérieurs en sexologie et les Services à la vie étudiante de l'UQAM. Un énorme merci à l'organisme Les 3 sex* pour son implication dans la diffusion des actes de colloque et sa rigueur légendaire. Enfin, nous sommes fières que les JEARS perdurent depuis 2013 grâce à la mobilisation et à l'implication des étudiant.e.s en sexologie de l'UQAM.

En espérant que ces actes de colloque soient les premiers d'une nouvelle tradition!

LE COMITÉ SCIENTIFIQUE DE LA JEARS 2019

Amélie Gauthier-Duchesne, M.A.
Sabrina Maiorano, M.A.
Julie Descheneaux, M.A.

Candidates au doctorat en sexologie

TEXTE 1

Nicholas Boucher Bégin (B.A. Sexologie) présente des résultats de recherche tirés de sa thèse de spécialisation. Accompagné par Marie-Aude Boislard (Ph. D.), Joanne Otis (Ph. D.) et Ludivine Veillette-Bourbeau (M.A.), l'auteur publie *Pourquoi les adultes émergent.e.s sexuellement actifs et actives n'ont pas systématiquement recours au dépistage des ITSS?* où il retrace des facteurs sociodémographiques et individuels du non-recours aux tests de dépistage. Dans le contexte où les tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sont encouragés par la santé publique, il est nécessaire de comprendre le profil de celles et ceux qui n'y ont pas recours. Le texte démontre qu'être un homme, être célibataire et avoir peu de partenaires sexuel.le.s sont des facteurs associés au fait de ne pas suivre cette recommandation de la santé publique en ce qui a trait au dépistage des ITSS. Par contre, le fait d'avoir un haut niveau de recherche de sensations sexuelles diminue les probabilités de ne pas avoir recours aux tests de dépistage. Comme le montre ce texte, beaucoup de travail reste encore à faire pour que les campagnes de sensibilisation en promotion de la santé sexuelle atteignent leurs cibles et que tous et toutes se sentent concerné.e.s par le dépistage des ITSS.

TEXTE 2

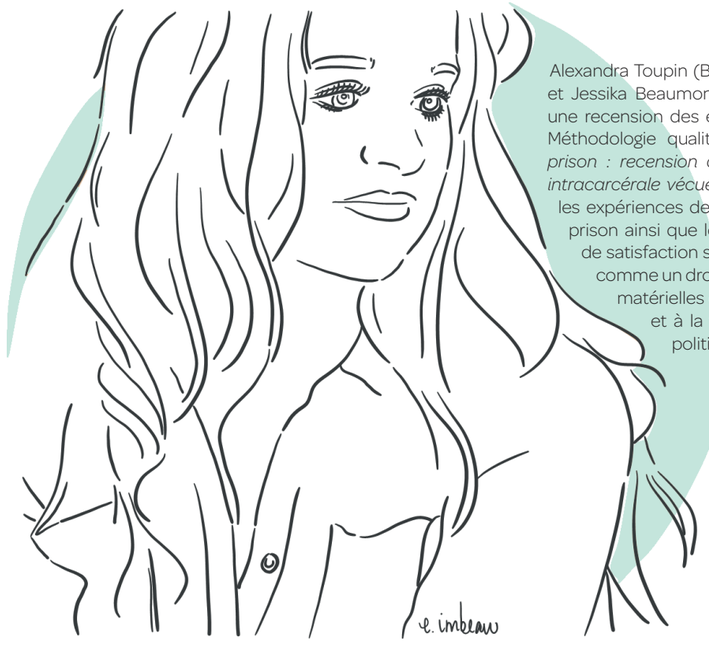
Laurence Dion (B.A. Psychologie, candidat.e M.A. Sexologie) propose le texte *Exploration des marqueurs de transition à une sexualité active chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes*. Sous la direction de Marie-Aude Boislard (Ph. D.), iel nous présente les résultats préliminaires de son mémoire. Dans le contexte hétéronormatif actuel où la première relation sexuelle est définie par le coït phallovaginal, il n'est pas nécessairement évident de circonscrire ce qu'est une première relation sexuelle vécue par une femme avec une autre femme. Adoptant une méthodologie qualitative, Laurence Dion s'est donc intéressé.e aux indices et aux repères des adolescentes ayant eu leur première relation sexuelle avec une femme. En d'autres mots, qu'est-ce qui leur a permis de percevoir cette expérience comme une relation sexuelle à part entière? Son travail permet de redéfinir le concept de première relation sexuelle en le libérant de ses assises hétéronormatives (et phallovaginales).

TEXTE 3

Pierre-André Marquis (B.A. Sexologie, candidat M.A. Sexologie) a complété une thèse de spécialisation lors de son baccalauréat en sexologie, encadré par Joanne Otis (Ph. D.) et Carl Rodrigue (candidat Ph. D.). Dans son texte *L'analyse de classes latentes pour mieux comprendre la syndémie chez les HARSAH à Montréal*, il nous montre que les problèmes de santé ne sont pas distribués de façon homogène chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et qu'ils sont cumulatifs ou absents chez certains sous-groupes. Le texte met en lumière trois profils distincts : santé globale favorable et comportements sécuritaires; santé psychologique précaire et polyvictimisation; santé psychologique favorable et comportements à risque. Ce travail permet de mieux comprendre, à l'aide d'indicateurs de santé physique et sociale, de quelle façon les vécus diversifiés des HARSAH à Montréal les exposent, ou non, à une plus grande vulnérabilité.

TEXTE 4

Alexandra Toupin (B.A. Sexologie), Arielle Latulipe, Christina Gagnon et Jessika Beaumont (étudiantes B.A. Sexologie) nous présentent une recension des écrits réalisée dans leur cours de baccalauréat Méthodologie qualitative en sexologie. Intitulé *Sexe, femmes et prison : recension des écrits sur les expériences de la sexualité intracarcérale vécues par des détenues*, leur texte met en lumière les expériences de violences sexuelles vécues par les femmes en prison ainsi que leurs besoins en matière d'intimité, de santé et de satisfaction sexuelles. Abordant le concept de santé sexuelle comme un droit humain, elles émettent des recommandations matérielles et structurelles, notamment quant à l'éducation et à la formation du personnel de prison ainsi qu'aux politiques et aux règlements.



POURQUOI LES ADULTES ÉMERGENT.E.S SEXUELLEMENT ACTIFS ET ACTIVES N'ONT PAS SYSTÉMATIQUEMENT RECOURS AU DÉPISTAGE DES ITSS?

Nicholas Boucher Bégin, B.A., Marie-Aude Boislard, Ph. D., Joanne Otis, Ph. D. et Ludivine Veillette-Bourbeau, M.A.

Le projet RISQUE a reçu le support financier des Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC) – Établissement de nouveaux professeurs-chercheurs (titulaire : Marie-Aude Boislard).

RÉSUMÉ

Les adultes émergent.e.s sont une des populations les plus touchées par les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), mais beaucoup d'entre eux et elles ne se sont jamais fait dépister. Cette étude vise à explorer l'association entre des facteurs sociodémographiques et individuels (p. ex. nombre de partenaires sexuel.le.s à vie, traits de personnalité, recherche de sensations sexuelles) et le non-recours au test de dépistage (NRTD) des ITSS chez les adultes émergent.e.s. Pour ce faire, des Canadien.ne.s francophones (N = 607, Mâge = 23,82 ans, É.T. = 2,11) sexuellement actifs et actives ont rempli un questionnaire en ligne. Une régression logistique multivariée a été réalisée pour comprendre les facteurs associés au groupe NRTD (32,2 %). Les résultats révèlent que les hommes célibataires et ayant eu peu de partenaires sexuel.le.s sont plus susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD, contrairement à ceux avec un haut niveau de recherche de sensations sexuelles. Au niveau appliqué, ces résultats réitèrent l'importance du dépistage chez les hommes et la promotion du test de dépistage comme habitude de santé auprès des individus sexuellement actifs, incluant ceux qui s'estiment moins à risque (c.-à-d. peu de partenaires sexuel.le.s et faible niveau de recherche de sensations sexuelles). Ce renforcement pourrait entre autres être fait par l'intermédiaire de campagnes de sensibilisation sur les réseaux sociaux.

Pour citer ce texte
Boucher Bégin, N., Boislard, M.A., Otis, J. et Veillette-Bourbeau, L. (2020). Pourquoi les adultes émergent.e.s sexuellement actifs et actives n'ont pas systématiquement recours au dépistage des ITSS? Dans A. Gauthier-Duchesne, S. Maiorano et J. Descheneaux (dir.), *Actes de colloque de la 7e édition de la Journée étudiante annuelle de la recherche en sexologie* (p. 04-13). Montréal : Les 3 sex*. Récupéré de https://les3sex.com/fr/jears2019

INTRODUCTION

Les adultes émergent.e.s forment l'une des strates de la population québécoise la plus touchée par les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), particulièrement par la chlamydiose et les infections gonococciques (Blouin, Venne et Lambert, 2018). À titre indicatif, les hommes et les femmes âgé.e.s de 20 à 29 ans présentaient en 2017 les taux d'incidence les plus élevés de chlamydiose par rapport à tous les autres groupes d'âge. Les hommes (20-29 ans) et les femmes (15-24 ans) présentaient également les taux d'incidence d'infection les plus élevés d'infections gonococciques (Blouin *et al.*, 2018). Or, plusieurs ITSS sont asymptomatiques (Farley, Cohen et Elkins, 2003), et sans traitement, elles peuvent entraîner des complications médicales comme l'infertilité en plus d'augmenter les risques de transmission aux partenaires sexuel.le.s (Aral, 2001; Ghanem et Tuddenham, 2019). Les faits de présenter certains facteurs de risque (p. ex. nombre de partenaires sexuel.le.s élevé et faible statut socioéconomique) ou d'appartenir à des groupes de personnes à risque (p. ex. hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) augmentent les risques de contracter des ITSS (MSSS, 2019; Lambert, Mathieu-C, Goggin et Maurais, 2017).

La Direction de santé publique recommande de se faire dépister minimalement une fois par année, indépendamment des facteurs de risque pour certains groupes de personnes puisqu'elles sont plus enclines à être exposées à des ITSS (MSSS, 2019). Par exemple, il est recommandé que toutes les femmes et tous les hommes sexuellement actives et actifs de 25 ans et moins se fassent dépister pour la chlamydiose et les infections gonococciques (MSSS, 2019). Cependant, une large proportion d'adultes émergent.e.s ne respectent pas ces recommandations. Au Québec, seulement 54,4 % de l'échantillon (n = 2 344) de l'enquête probabiliste PIXEL menée par la Direction de la santé publique auprès de jeunes (N = 3 400, 17-29 ans) ont rapporté s'être fait dépister une fois ou plus au cours de leur vie (Lambert *et al.*, 2017). Des résultats similaires ont été rapportés dans une autre étude canadienne réalisée auprès de 4 519 adultes émergent.e.s s'identifiant hétérosexuel.le.s : seulement 34 % de l'échantillon ont rapporté avoir déjà eu recours au test de dépistage (Cragg, Steenbeek, Asbridge, Andreou et Langille, 2016).

Les facteurs associés au non-recours au test de dépistage. La recherche sur le recours au dépistage est principalement issue des théories de prédiction et du changement de comportements (Martin-Smith, Opko et Bull, 2018) qui stipulent que le niveau de perception associé aux risques élevés d'infection, les croyances entretenues sur le dépistage et le sentiment d'auto-efficacité agissent comme de puissantes motivations pour passer à l'action (Gill *et al.*, 2015; Wolfers, Kok, Mackenbach et Zwart, 2010). En revanche, les sentiments de honte par rapport au dépistage et les activités sexuelles non consentantes sont associés à un moindre recours au dépistage (Evangeli, Pady et Wroe, 2016). Outre les variables proposées par ces théories, quelques facteurs sociodémographiques ont été associés au non-recours au test de dépistage (NRTD), notamment un jeune âge, un faible statut socioéconomique et le fait d'être un homme (Lau *et al.*, 2016). Ainsi, il est postulé qu'un faible statut socioéconomique, un jeune âge et le fait d'être un homme seront associés au NRTD (hypothèse 1). L'association entre le genre et le recours au dépistage a été mise en lumière dans certaines études passées, les hommes étant moins susceptibles de se faire dépister que les femmes (Cragg *et al.*, 2016; Lau *et al.*, 2016; Martin-Smith *et al.*, 2018). Par ailleurs, plusieurs disparités en matière de santé ont été constatées entre la population générale et certains sous-groupes de la diversité sexuelle (Blondeel *et al.*, 2016). Les jeunes de la diversité sexuelle ont rapporté de moins bons résultats de santé que leurs pairs hétérosexuels

(p. ex. davantage de relations sexuelles non protégées, de détresse psychologique et d'idéations suicidaires) (Blais, Bergeron, Duford, Boislard et Hébert, 2015). En raison des disparités constatées, il est probable que les individus de la diversité sexuelle aient moins recours au dépistage et qu'ils soient plus susceptibles de faire partie du groupe NRTD (hypothèse 2). Par exemple, la stigmatisation à laquelle peuvent faire face les individus trans peut réduire l'accès à des soins de santé (Hughto, Reisner et Pachankis, 2015), dont le recours au dépistage d'ITSS.

Par ailleurs, il serait intéressant d'explorer l'association entre le statut relationnel, le nombre de partenaires sexuel.le.s, la personnalité, la recherche de sensations sexuelles et le NRTD. Les résultats de l'article de Gill et ses collègues (2015) montrent que le fait d'avoir eu un.e nouveau ou nouvelle partenaire au cours des six derniers mois n'était

[...] il est postulé que les individus célibataires (c.-à-d. n'étant pas engagés dans une relation) se protègent probablement davantage lors de relations sexuelles et sont donc plus susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD.

ni prédicteur de recours au dépistage ni prédicteur de l'intention de se faire dépister. Il est cependant possible de croire qu'une personne en relation ait recouru au dépistage avant d'avoir des activités sexuelles non protégées. Une diminution des méthodes de protection a en effet été associée à certaines caractéristiques des relations intimes comme l'engagement et la durée de l'engagement (Hoff, Charkravarty, Beougher, Neilands et Darbes, 2012; Matser *et al.*, 2014). Par conséquent, il est postulé que les individus célibataires (c.-à-d. n'étant pas engagés dans une relation) se protègent probablement davantage lors de relations sexuelles et sont donc plus susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD (hypothèse 3). Également, les résultats de l'étude de Gill et ses collègues (2015) indiquent que le recours au dépistage est associé au fait d'avoir eu plusieurs partenaires sexuel.le.s au cours des six derniers mois. Le fait de rapporter un nombre élevé de partenaires sexuel.le.s est en effet un facteur de risque de contracter des ITSS chez les adultes émergent.e.s (Ashenhurst, Wilhite, Harden et Fromme, 2017). Bien que l'étude de Gill et ses collègues (2015) soit la seule à avoir testé la relation entre le nombre de partenaires sexuel.le.s et le dépistage, il est postulé que les individus ayant eu peu de partenaires sexuel.le.s soient plus susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD (hypothèse 4).

Du côté de la personnalité, le modèle *Big Five* a été fréquemment employé dans les domaines de la santé et de la sexualité (Allen et Walter, 2018; Strickhouser, Zell et Krizan, 2017). Dans ce modèle, la personnalité se décline en cinq traits : l'extraversion, l'agréabilité, la consciencioisité, l'ouverture aux nouvelles expériences et le neuroticisme (McCrae et John, 1992). L'extraversion se caractérise par la recherche d'excitation, par la grégarité et par des émotions positives (McCrae et John, 1992; Power et Pluess, 2015). L'agréabilité correspond à la propension d'un individu à se montrer coopératif, à faire preuve de compassion et à être altruiste. Le niveau de consciencioisité décrit la tendance d'un individu à être autodiscipliné, à s'efforcer d'atteindre des objectifs et à faire preuve de prudence. L'ouverture aux expériences se caractérise principalement par la curiosité intellectuelle et par l'imagination d'un individu. Enfin, le niveau de neuroticisme se caractérise par des émotions négatives comme l'anxiété, et par l'instabilité émotionnelle. Malgré l'absence de recherches empiriques sur la relation entre les traits de la personnalité et le NRTD, il est possible de croire à une influence puisque la personnalité est à la base de nos pensées, de nos comportements et de nos émotions (Roberts, Walton et Viechtbauer, 2006). Il est postulé que les individus avec de faibles niveaux d'agréabilité et de consciencioisité soient plus susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD (hypothèse 5), puisque les caractéristiques d'organisation, de planification et les comportements prosociaux associés à ces traits peuvent inciter au recours au test de dépistage. Strickhouser et ses collègues (2017) ont montré à l'aide d'une méta-analyse que certains traits de personnalité du modèle *Big Five* étaient modérément associés aux comportements de santé, soit les activités qui contribuent ou nuisent à la santé d'une personne (p. ex. activités physiques et comportements sexuels à risque). Plus précisément, la consciencioisité et l'agréabilité étaient positivement et modérément associées aux comportements de santé. Or, les émotions négatives et l'instabilité émotionnelle typiques d'un haut niveau de neuroticisme peuvent constituer des obstacles au recours au dépistage, notamment en alimentant les appréhensions associées au fait de recourir à un test de dépistage, dont la crainte d'être jugé.e, qui est répandue et dissuasive (Evangeli *et al.*, 2016). Le trait du neuroticisme a effectivement été négativement et faiblement associé aux comportements de santé (Strickhouser *et al.*, 2017). Par conséquent, il est postulé que les individus avec un haut niveau de neuroticisme soient plus enclins à se retrouver dans le groupe NRTD (hypothèse 6). De plus, il est possible que les individus avec un faible niveau d'extraversion soient plus susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD (hypothèse 7). Allen et Walter (2018) ont entre autres relevé dans leur méta-analyse que le trait de l'extraversion était positivement et modérément associé aux activités sexuelles rapportées (p. ex. nombre d'activités sexuelles avec des partenaires sexuel.le.s occasionnel.le.s), à l'adoption de comportements sexuels à risque et au nombre de partenaires sexuel.le.s. Une autre étude a montré que les adultes émergent.e.s hommes et femmes présentant un profil de risque sexuel modéré ou élevé étaient plus enclin.e.s à se faire dépister en raison de leur plus grande susceptibilité d'être exposé.e.s à des ITSS que ceux et celles au profil de risque plus faible (Cragg *et al.*, 2016). Enfin, en fonction des constats issus de la littérature résumés plus haut, il est postulé que les individus présentant un faible niveau d'ouverture aux expériences soient plus susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD que ceux présentant un fort niveau d'ouverture à la nouveauté (hypothèse 8).

Finalement, la recherche de sensations sexuelles a été proposée dans plusieurs études pour expliquer l'adoption différenciée de comportements sexuels à risque (Voisin, Tan et Diclemente, 2013). La recherche de sensations sexuelles correspond à la propension à rechercher des expériences sexuelles variées, nouvelles et complexes tout en atteignant un niveau d'excitation sexuelle optimale, pouvant mener à l'adoption de comportements sexuels à risque (Kalichman *et al*, 1994). Bien que la relation entre la recherche de sensations sexuelles et le dépistage n'ait pas encore été directement explorée dans d'autres études, il est postulé que les individus avec un haut niveau de recherche de sensations sexuelles soient moins susceptibles d'être dans le groupe NRTD (hypothèse 9). Chez les adultes émergent.e.s, un haut niveau de recherche de sensations a été associé dans plusieurs études à une utilisation inconstante du condom et à un nombre plus élevé de partenaires sexuel.le.s (Gullette et Lyons, 2006; Santo, Ferreira, Duarte et Ferreira, 2017). Or, les adultes émergent.e.s qui adoptent davantage de comportements sexuels à risque sont plus enclin.e.s à recourir au dépistage en raison de leur plus grande susceptibilité d'être exposé.e.s à des ITSS (Cragg *et al.*, 2016). En résumé, certains facteurs doivent être considérés lors de l'exploration des caractéristiques des adultes émergent.e.s qui n'ont pas recours au dépistage, soit des facteurs sociodémographiques (p. ex. genre) et individuels (c.-à-d. nombre de partenaires sexuel.le.s, traits de personnalité et recherche de sensations sexuelles).

OBJECTIFS

La présente étude vise à élargir nos connaissances quant aux facteurs associés au NRTD chez les adultes émergent.e.s. Il est attendu que les hommes, les individus plus jeunes et ayant reçu un plus faible niveau d'éducation ainsi que les individus trans soient plus susceptibles d'être dans le groupe NRTD. Il est attendu qu'un faible nombre de partenaires sexuel.le.s à vie et le fait d'être célibataire augmentent les probabilités d'appartenir au groupe NRTD. Il est prévu que les individus avec un faible niveau d'extraversion, de consciencioisité, d'agréabilité et d'ouverture d'esprit soient plus enclins à faire partie du groupe NRTD. De plus, il est prévu qu'un haut niveau de neuroticisme soit associé à une augmentation des probabilités d'être dans le groupe NRTD. Finalement, il est prévu que les individus avec un haut niveau de recherche de sensations sexuelles soient moins susceptibles d'appartenir au groupe NRTD. L'exploration des relations entre les facteurs sociodémographiques et individuels et le NRTD permettra d'informer les intervenant.e.s en milieux institutionnels et communautaires qui travaillent auprès des adultes émergent.e.s afin d'orienter leurs pratiques pour encourager la création d'interventions favorables au recours au dépistage.

MÉTHODOLOGIE

Participant.e.s. L'échantillon est constitué de 607 adultes émergent.e.s (18-29 ans; $M_{âge}$ = 23,823, É.T. = 2,112), dont près de 16 % sont des hommes cisgenres, 79 % des femmes cisgenres et 5 % font partie de la diversité de genre. La forte majorité (72 %) s'auto-identifie comme plutôt ou complètement hétérosexuelle. Près de 85 % ont des parents nés au Québec, au Canada ou ailleurs en Occident. Plus de 14 % ont un diplôme primaire, secondaire ou professionnel, 46 % ont fait des études collégiales et 40 % ont fait des études universitaires. Finalement, quatre participant.e.s sur dix sont célibataires.

Procédure de recrutement. La période de recrutement du projet RISQUE s'est étendue de juin à novembre 2015. Le recrutement a été fait à l'aide d'un questionnaire en ligne créé sur la plateforme Limesurvey, publicisé via les réseaux sociaux, les réseaux professionnels des chercheurs et chercheuses, et la diffusion d'affiches sur les babillards de lieux fréquentés par les adultes émergent.e.s. Les participant.e.s devaient remplir le questionnaire en une seule occasion (durée de 30-45 minutes) pour préserver la confidentialité des adresses IP. Les critères d'inclusion de la présente étude étaient d'être âgé.e entre 18 et 29 ans, d'avoir déjà eu au moins une expérience sexuelle consentante et d'avoir rempli entièrement les questionnaires relatifs aux variables à l'étude (N = 607). Les participant.e.s étaient éligibles au tirage de trois prix (p. ex. iPad mini, cartes-cadeaux).

Tableau 1. Statistiques descriptives et résultats des analyses bivariées

	Total (N = 607) M(É.T.) ou n (%)	Aucun dépistage[a] (n = 199), M(É.T.) ou n (%)	Dépistage[b] (n = 408), M(É.T.) ou n (%)	Analyse bivariée (Chi-carré ou test *t*)
Âge	23,82 (2,111)	23,970 (2,023	23,320 (2,213)	t (362,681) = 3,489***
Identité de genre				$\chi^2(2) = 14{,}089$***
Homme cisgenre	100 (16,474 %)	48 (24,121 %)	52 (12,745 %)	
Femme cisgenre	477 (78,584 %)	139 (69,849 %)	338 (82,843 %)	
Trans ou non binaire	30 (4,942 %)	12 (6,030 %)	18 (4,412 %)	
Orientation sexuelle				$\chi^2(1) = 0{,}259$
Complètement ou plutôt hétérosexuel.le	437 (71,993 %)	146 (73,367 %)	292 (71,569 %)	
Non hétérosexuel.le	170 (28,007 %)	53 (26,633 %)	117 (28,431 %)	
Origine ethnoculturelle des parents				$\chi^2(1) = 0{,}209$
Caucasiens et nés au Québec/Canada ou ailleurs	519 (85,502 %)	168 (81,407 %)	351 (85,784 %)	
Autres	81 (14,498 %)	31 (18,593 %)	58 (14,216 %)	
Plus haut niveau d'études complété				$\chi^2(2) = 4{,}289$
Études primaires ou secondaires	81 (13,344 %)	32 (16,080 %)	49 (12,001 %)	
Diplôme d'études collégiales	281 (46,293 %)	96 (48,241 %)	185 (45,343 %)	
Diplôme d'études universitaires	245 (40,363 %)	70 (35,679 %)	175 (42,656 %)	
Statut relationnel				$\chi^2(1) = 5{,}645$*
Célibataire ou séparé.e	243 (40,033 %)	93 (46,734 %)	150 (36,765 %)	
En couple, marié.e ou en union civile	364 (59,967 %)	106 (53,266 %)	258 (63,235 %)	
Nombre de partenaires sexuel.le.s à vie				$\chi^2(2) = 72{,}917$***
1	77 (12,685 %)	47 (23,618 %)	30 (7,353 %)	
2-5	204 (33,608 %)	92 (46,231 %)	112 (27,206 %)	
6 et plus	326 (53,707 %)	60 (30,151 %)	267 (65,441 %)	
Traits de personnalité				
Extraversion	3,524 (0,872)	3,523 (0,834)	3,353 (0,877)	t (606) = 2,317*
Consciencioisité	3,372 (0,911)	3,374 (0,908)	3,236 (0,880)	t (606) = 1,766
Agréabilité	4,212 (0,623)	4,223 (0,589)	4,073 (0,675)	t (347,169) = 2,673*
Ouverture	3,912 (0,721)	3,987 (0,685)	3,915 (0,759)	t (606) = 1,184
Neurotisme	2,873 (0,861)	2,991 (0,872)	2,941 (0,816)	t (606) = 0,676
Recherche de sensations sexuelles	2,694 (0,681)	2,751 (0,641)	2,487 (0,717)	t (355,658) = 4,392**

Notes. [a] Groupe n'ayant jamais eu recours au test de dépistage (NRTD). [b] Groupe ayant eu recours au test de dépistage au moins une fois. * $p < 0{,}05$ ** $p < 0{,}01$*** $p < 0{,}001$

Mesures

Non-recours au test de dépistage (NRTD). Les participant.e.s ont répondu à la question : « Avez-vous déjà eu un test de dépistage d'infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)? ». La variable a été dichotomisée en combinant les individus ayant répondu « non » et « je ne sais pas » et en les comparant au groupe de référence des participant.e.s ayant répondu « oui ».

Données sociodémographiques. L'âge, l'appartenance ethnoculturelle des parents (caucasiens versus autres), le plus haut niveau d'éducation complété (études primaires ou secondaires, collégiales ou universitaires), l'orientation sexuelle auto-identifiée (complètement hétérosexuel.le/plutôt hétérosexuel.le ou diversité des orientations sexuelles), l'identité de genre (homme cis, femme cis ou diversité de genre) et le statut relationnel (célibataire ou en couple) ont été mesurés à l'aide d'un questionnaire maison.

Nombre de partenaires sexuel.le.s à vie. Le nombre de partenaires sexuel.le.s à vie a été mesuré à l'aide de la question : « Au cours de votre vie, combien de partenaires sexuel.le.s diffèrent.e.s avez-vous eu.e.s?[1] ». La variable a été catégorisée en trois groupes en fonction de la distribution des données et du niveau de risque (Cavazos-Rehg *et al.*, 2011) : 0 = 1 partenaire sexuel.le à vie, 1 = entre 2 et 5 et 2 = 6 partenaires et plus.

[1] La question a été féminisée pour le présent document.

Traits de personnalité. Les cinq traits de personnalité du modèle *Big Five* ont été mesurés à l'aide d'une adaptation française de l'instrument *Mini International Personality Item Pool* (MINI-IPIP) de Donnellan, Oswald, Baird et Lucas (2006). Le MINI-IPIP mesure chaque trait par quatre items (p. ex. extraversion : « Je suis la.le boute-en-train des *partys*. »), sur une échelle de Likert allant de 1 « Fortement en désaccord » à 5 « Fortement en accord ». Pour deux items, le score a été inversé afin que les valeurs élevées reflètent systématiquement la présence élevée du trait pour chaque item. Le score moyen a été calculé pour chaque trait de personnalité (α de 0,74 à 0,81).

Recherche de sensations sexuelles. La recherche de sensations sexuelles a été mesurée par une traduction française maison de cinq items (p. ex. « Les sensations physiques sont ce qui importe le plus lors des relations sexuelles. ») de l'échelle originale de Kalichman et ses collègues (1994). Chaque item offre cinq choix de réponses, allant de 1 « Pas du tout » à 4 « Énormément ». Pour l'option 5 « Je ne sais pas », la valeur 0 a été attribuée. Une moyenne de scores a été calculée à partir des scores des cinq items (α = 0,65).

Plan d'analyse

Les analyses statistiques ont été conduites à l'aide du logiciel SPSS 25. En plus des analyses statistiques descriptives, une analyse de régression logistique multivariée avec entrée forcée a été effectuée afin d'explorer les facteurs associés au NRTD. Ce modèle a été construit à l'aide d'analyses statistiques bivariées ayant permis d'identifier les variables associées ($p < 0{,}050$).

RÉSULTATS

Statistiques descriptives et bivariées. Les statistiques descriptives de l'échantillon sont présentées au tableau 1. Des analyses statistiques bivariées (c.-à-d. khis carrés et test de *t* pour groupes indépendants) ont été conduites ($p < 0{,}050$) afin de déterminer les variables à considérer dans la régression logistique multivariée à entrée forcée. L'âge, l'identité de genre, le statut relationnel, le nombre de partenaires sexuel.le.s à vie, l'extraversion, l'agréabilité et la recherche de sensations sexuelles, associés significativement au NRTD en bivarié, ont été sélectionnés pour l'analyse multivariée subséquente. Les différentes variables ont été testées afin de s'assurer que les hypothèses statistiques sous-jacentes de la régression logistique étaient respectées.

Régression logistique multivariée. Les résultats finaux indiquent que le modèle de régression logistique multivarié est significatif, χ^2 (9, N = 607) = 102,645, $p < 0{,}001$, et explique 21,7 % (Nagelkerke R^2) de la variance du NRTD (voir tableau 2). En comparaison avec les femmes cisgenres, les hommes cisgenres sont plus susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD (RC : 1,994; IC95 %, 1,219-3,261, $p < 0{,}010$). En comparaison avec les individus en couple, les individus célibataires sont plus susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD (RC : 1,820; IC95 %, 1,234 -, 2,686, $p < 0{,}010$). Comparés aux individus ayant eu six partenaires sexuel.le.s à vie ou plus, les individus ayant eu un.e partenaire sexuel.le à vie ou entre deux et cinq partenaires sexuel.le.s à vie sont plus susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD (RC : 6,110; IC95 %, 3,421 -10,881, $p < 0{,}001$; RC : 3,080; IC95 %, 1,995-4,754, $p < 0{,}001$). Finalement, une personne présentant un fort niveau de recherche de sensations sexuelles est moins susceptible de se retrouver dans le groupe NRTD (RC : 0,707; IC95 %, 0,528 -, 0,945, $p < 0{,}050$). L'âge, l'identité de genre « autre », les traits de personnalité de l'extraversion et de l'agréabilité ne sont plus significatifs dans le modèle multivarié.

Tableau 2. Régression logistique multivariée : Non-recours au test de dépistage (NRTD) chez des adultes émergent.e.s

	Non-recours au test de dépistage (en comparaison avec ceux et celles qui se sont déjà fait dépister)	
	RC	[95 % IC]
Facteurs sociodémographiques		
Âge	0,938	[0,857-1,027]
Statut relationnel (Célibataire)[a]	1,820**	[1,234-2,686]
Identité de genre[b]		
Hommes cisgenres	1,994**	[1,219-3,261]
Autres	1,594	[0,620-4,095]
Facteurs individuels		
1 partenaire sexuel.le à vie[c]	6,110***	[3,431-10,881]
2-5 partenaires sexuel.le.s à vie[c]	3,080***	[1,995-4,754]
Extraversion	0,968	[0,763-1,229]
Agréabilité	0,833	[0,602-1,154]
Recherche de sensations sexuelles	0,707*	[0,528-0,945]

χ^2 (9) = 102,645, $p < 0{,}001$, $R^2 = 0{,}217$ (Nagelkerke)

Notes. RC = Rapport de cote. IC = Intervalle de confiance.
[a] En couple, marié ou en union civile est le groupe référence. [b] Femme cisgenre est le groupe référence. [c] 6 partenaires sexuel.le.s ou plus à vie comme groupe de référence. * $p < 0{,}05$** $p < 0{,}01$*** $p < 0{,}001$

DISCUSSION

Cette étude visait à comparer les adultes émergent.e.s n'ayant jamais eu recours au test de dépistage (NRTD) à ceux et celles y ayant déjà eu recours. Les variables à l'étude étaient l'âge, l'identité de genre, le statut relationnel, le nombre de partenaires sexuel.le.s, l'extraversion, l'agréabilité et la recherche de sensations sexuelles. Les analyses multivariées révélèrent, d'une part, que les hommes cisgenres, les individus célibataires

et ceux ayant eu entre un.e et cinq partenaires sexuel.le.s à vie étaient plus susceptibles d'être dans le groupe NRTD et, d'autre part, que les individus avec un haut niveau de recherche de sensations sexuelles étaient moins susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD. Ces résultats corroborent certaines de nos hypothèses de départ. Cependant, contrairement à ce qui avait été postulé, certains des facteurs suivants n'étaient pas significativement associés au NRTD lorsque toutes les variables associées au NRTD en bivarié étaient considérées simultanément en multivarié, soit l'âge, le niveau de scolarité, l'extraversion, l'agréabilité, l'ouverture aux expériences, la conscienciosité et le neuroticisme.

Conformément aux études antérieures ayant observé que le fait d'être un homme est associé au NRTD chez les adultes émergent.e.s (Cragg *et al.*, 2016; Lau *et al.*, 2016), nos résultats corroborent la tendance des hommes à se retrouver dans le groupe NRTD. Il est possible que cette tendance s'explique par une perception erronée qu'ont les hommes de leur santé, ce qui favorise le NRTD. Comme rapporté dans l'étude de Dawson, Schneider, Fletcher et Bryden (2007), les hommes sont plus susceptibles de percevoir leur santé positivement que les femmes, et ce, même s'ils adoptent davantage de comportements à risque. De plus, certaines normes associées à la masculinité traditionnelle, telles que l'indépendance et le sentiment d'invulnérabilité, peuvent amener certains à négliger leur santé (Houle *et al*, 2015) et par extension, à moins recourir aux services de santé comme le dépistage. Cette différence entre les hommes et les femmes peut également découler d'un plus grand nombre d'occasions d'entrer en contact avec des professionnel.le.s en matière de santé sexuelle et de santé reproductive chez les femmes (Lambert *et al.*, 2017). Contrairement à ce qui était attendu, l'appartenance à la diversité sexuelle n'était pas significativement associée au NRTD. Cette absence d'association significative dans notre étude s'explique notamment par le faible nombre des individus non cisgenres, rendant les différences entre les groupes de genre beaucoup plus difficiles à détecter.

Dans l'article de Gill et ses collègues (2015), le fait d'avoir changé de statut relationnel au cours des six derniers mois a été associé au recours au test de dépistage et au nombre de partenaires sexuel.le.s. Dans notre étude, le fait d'être célibataire et d'avoir un faible nombre de partenaires sexuel.le.s était associé au NRTD. Ces résultats indiquent qu'en l'absence d'incitatif, une personne est moins encline à recourir aux services de dépistage d'ITSS. D'une part, le recours au test de dépistage des ITSS constitue une mesure préventive marquant l'investissement dans une relation monogame signifiante et le souhait de cesser l'utilisation des méthodes de protection. La diminution de l'utilisation de méthodes barrières est associée aux caractéristiques des relations intimes (p. ex. la durée de la relation) (Hoff *et al.*, 2012; Master *et al.*, 2014). En l'absence de motivations extrinsèques (p. ex. relation monogame significative), les individus sont ainsi plus susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD. D'autre part, il se peut que les individus rapportant moins de partenaires sexuel.le.s aient une perception erronée des risques de contracter des ITSS. Les individus avec un faible niveau de perception des risques sont en effet moins enclins à se faire dépister (Wolfers *et al.*, 2010).

Contrairement à nos hypothèses, aucun des traits de personnalité du modèle *Big Five* n'était associé au NRTD dans la présente étude. Puisque les traits de personnalité sont à la base de nos pensées, comportements et émotions (Roberts *et al.*, 2006), il est possible que ces caractéristiques individuelles exercent plutôt une influence indirecte sur le dépistage. Le modèle théorique de Fishbein et Cappella (2006) indique en effet que les traits individuels comme la personnalité influencent indirectement les comportements de santé, par exemple via les croyances qu'une personne entretient sur le dépistage. Cette hypothèse pourrait être examinée dans une recherche future.

Finalement, les résultats de la présente étude montrent que les individus avec un haut niveau de recherche de sensations sexuelles sont moins susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD. Il est possible que les individus présentant un haut niveau de recherche de sensations sexuelles aient davantage recours au dépistage parce qu'ils sont plus enclins à prendre des risques sexuels, comme il a été montré dans la littérature (Santos *et al.*, 2018). Comme l'illustrent les résultats de Cragg et ses collègues (2016), les individus dont le niveau de risque sexuel est modéré ou élevé sont plus susceptibles de recourir au test de dépistage en comparaison avec ceux dont le niveau de risque sexuel est faible. Le dépistage pourrait donc être inscrit dans les habitudes de santé de certains individus avec un niveau élevé de recherche de sensations sexuelles afin de répondre à cette prise de risque sexuel accrue. Pour mieux comprendre cette relation, il serait pertinent d'effectuer d'autres analyses statistiques (p. ex. modélisation d'équation structurelle) à l'aide d'un modèle théorique du changement de comportements comme celui de Fishbein et Cappella (2006), qui stipule notamment que les comportements de santé peuvent être influencés indirectement par des caractéristiques individuelles comme la personnalité ou, le cas échéant, la recherche de sensations sexuelles.

Il est possible que les individus présentant un haut niveau de recherche de sensations sexuelles aient davantage recours au dépistage parce qu'ils sont plus enclins à prendre des risques sexuels [...]

FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Plusieurs limites dans la présente étude méritent d'être considérées. Premièrement, l'échantillon n'est pas représentatif de la population québécoise des adultes émergent.e.s, ce qui limite considérablement la généralisation des résultats. Le pourcentage de non-recours au dépistage au sein de l'échantillon est plus faible que celui observé au sein de la population québécoise des adultes émergent.e.s (Lambert *et al.*, 2017). L'échantillon est majoritairement constitué d'individus de genre féminin, caucasiens et détenant un diplôme d'études supérieures. Cette non-représentativité de l'échantillon peut être attribuable à des biais de sélection reliés à l'utilisation d'un questionnaire en ligne et des modes de recrutement mis en place (Bethlehem, 2010). Deuxièmement, le devis transversal de l'étude ne peut permettre d'établir de lien de causalité entre les variables. Troisièmement, toutes les mesures sont auto-rapportées, ce qui peut induire un risque de biais de désirabilité sociale et de biais rétrospectif de récupération mnésique (Boislard et Poulin, 2015; Huang, Liao et Chang, 1998). Quatrièmement, le fait de combiner les réponses « non » et « je ne sais pas » à la question sur le NRTD a pu biaiser les résultats obtenus.

IMPLICATIONS SEXOLOGIQUES ET PISTES DE RECHERCHE FUTURE

À la lumière des résultats, les professionnel.le.s de la santé devraient promouvoir l'importance du dépistage auprès des hommes de 18 à 29 ans ainsi qu'auprès d'individus présentant un faible niveau de risque sexuel (c.-à-d. faible nombre de partenaires sexuel.le.s à vie et bas niveau de recherche de sensations sexuelles). Les hommes et les individus présentant un faible niveau de risque sexuel sont plus susceptibles de se retrouver dans le groupe NRTD (Cragg *et al.*, 2016; Dawson *et al.*, 2007). Les individus avec un faible niveau de risque sexuel doivent implanter le dépistage dans leur « routine » de santé sexuelle puisque le risque d'être exposé à des ITSS demeure présent, bien qu'il soit moins élevé par rapport à d'autres groupes. Afin de rejoindre les hommes et les individus présentant un faible niveau de risque sexuel, les réseaux sociaux pourraient être utilisés pour promouvoir le recours au dépistage en plus de l'utilisation des méthodes barrières puisqu'il s'agit d'avenues d'intervention en santé sexuelle prometteuses, particulièrement auprès des plus jeunes (Gabarron et Wynn. 2016). En plus d'encourager le maintien du recours au dépistage chez les individus ayant un haut niveau de recherche de sensations sexuelles et ayant eu plusieurs partenaires sexuel.le.s à vie, il serait primordial de renforcer l'importance de recourir à de la prévention combinée (c.-à-d. dépistage et méthodes barrières). Ces individus sont en effet plus susceptibles d'adopter des comportements sexuels à risque. Chez les individus à risque, la combinaison des méthodes est essentielle puisqu'elle permet d'offrir une protection contre la plupart des ITSS, de détecter les ITSS asymptomatiques, de briser la chaîne de transmission par un traitement rapide et d'offrir une porte d'entrée vers les services de santé. À l'avenir, il serait intéressant d'étudier les relations entre la recherche de sensations sexuelles, les traits de personnalité et les autres caractéristiques sociodémographiques avec le recours au dépistage en utilisant un modèle intégratif de changement du comportement comme celui de Fishbein et Capella (2006).

CONCLUSION

La présente étude est, à notre connaissance, la première à s'être intéressée simultanément à la relation entre certaines caractéristiques sociodémographiques, la personnalité, la recherche de sensations sexuelles et le NRTD chez des adultes émergent.e.s québécois.e.s. Cela permet d'élargir les connaissances concernant les caractéristiques des adultes émergent.e.s appartenant au groupe NRTD. Ces caractéristiques sont les suivantes : être un homme, être célibataire et avoir eu peu de partenaires sexuel.le.s. Les personnes présentant un haut niveau de recherche de sensations sexuelles sont quant à elles moins susceptibles d'appartenir au groupe NRTD. Au-delà de ces variables, le trait de la recherche de sensations sexuelles devrait être inclus dans les prochaines recherches s'intéressant aux variables associées au dépistage chez les adultes émergent.e.s, car il semble avoir une influence importante. De plus, il serait pertinent d'explorer la relation entre les traits de personnalité et le non-recours au dépistage à l'aide d'un modèle intégratif comme celui de Fishbein et Capella (2006). Finalement, la promotion du dépistage devrait être effectuée auprès des hommes de 18-29 ans ainsi qu'auprès des individus avec un faible niveau de risque sexuel, notamment via les réseaux sociaux. Cependant, cette promotion ne doit pas se faire aux dépens des individus présentant un haut niveau de recherche de sensations sexuelles et ayant eu plusieurs partenaires sexuel.le.s à vie. Le recours au dépistage d'ITSS, en parallèle avec l'utilisation de méthodes barrières, devrait être renforcé auprès de ces individus afin qu'ils maintiennent ces comportements de réduction du risque.

BIBLIOGRAPHIE DU TEXTE 1

Allen, M. S. et Walter, E. E. (2018). Linking big five personality traits to sexuality and sexual health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 144*(1 0), 1081-1110. doi: 10.1037/bul0000157

Aral, S. O. (2001). Sexually transmitted diseases: magnitude, determinants and consequences. *International Journal of STD & AIDS, 12*(4), 211-215. doi:10.1258/0956462011922814

Ashenhurst, J. R., Wilhite, E. R., Harden, K. P. et Fromme, K. (2017). Number of sexual partners and relationship status are associated with unprotected sex across emerging adulthood. *Archives of Sexual Behavior, 46*(2), 419-432. doi: 10.1007/s10508-016-0692-8

Bethlehem, J. (2010). Selection bias in web surveys. *International Statistical Review, 78*(2), 161-188. doi: 10.1111/j.1751-5823.2010.00112.x

Blais, M., Bergeron, F. A., Duford, J., Boislard, M. A. et Hébert, M. (2015). Health outcomes of sexual-minority youth in Canada : An overview. *Adolescencia & Saude, 12*(3), 53-73. Récupéré de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5247260/

Blondeel, K., Say, L., Chou, D., Toskin, I., Khosla, R., Scolaro, E. et Temmerman, M. (2016). Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *International Journal for Equity in Health, 15*(1), 16-25. doi: 10.1186/s12939-016-0304-1

Blouin, K., Venne, S. et Lambert, G. (2018). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec: année 2017 (et projections 2018)*. Récupéré de https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2471_infections_transmissibles_sexuellement_sang_2017.pdf

Boislard, M.-A. et Poulin, F. (2015). Limites des données autorapportées sur les comportements sexuels des adolescents. *Sexologies, 24*(1), 25-28. doi: 10.1016/j.sexol.2014.06.001

Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Schootman, M., Cottler, L. B. et Bierut, L. J. (2011). Number of sexual partners and associations with initiation and intensity of substance use. *AIDS and Behavior, 15*(4), 869-874. doi: 10.1007/s10461-010-9669-0

Cragg, A., Steenbeek, A., Asbridge, M., Andreou, P. et Langille, D. (2016). Sexually transmitted infection testing among heterosexual Maritime Canadian university students engaging in different levels of sexual risk taking. *Canadian Journal of Public Health, 107*(2), e149- e154. doi: 10.17269/cjph.107.5036

Dawson, K. A., Schneider, M. A., Fletcher, P. C. et Bryden, P. J. (2007). Examining gender differences in the health behaviors of Canadian university students. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 127*(1), 38-44. doi: 10.1177/14664007073205

Donnellan, M. B., Oswald, F. L., Baird, B. M. et Lucas, R. E. (2006). The mini-IPIP scales: tiny- yet-effective measures of the Big Five factors of personality. *Psychological Assessment, 18*(2), 192- 203. doi: 10.1037/1040-3590.18.2.192

Evangeli, M., Pady, K. et Wroe, A. L. (2016). Which psychological factors are related to HIV testing? A quantitative systematic review of global studies. *AIDS and Behavior, 20*(4), 880-918. doi: 10.1007/s10461-015-1246-0

Farley, T. A., Cohen, D. A. et Elkins, W. (2003). Asymptomatic sexually transmitted diseases: the case for screening. *Preventive Medicine, 36*(4), 502-509. doi: 10.1016/S0091-7435(02)00058-0

Fishbein, M. et Cappella, J. N. (2006). The role of theory in developing effective health communications. *Journal of Communication, 56*(suppl. 1), S1-S17. doi: 10.1111/j.1460-2466.2006.00280.x

Gabarron, E. et Wynn, R. (2016). Use of social media for sexual health promotion: a scoping review. *Global Health Action, 9*(1), 32193. doi: 10.3402/gha.v9.32193

Gill, A., Ruiter, R. A., van Bergen, J. E., Hoebe, C. J., Dukers-Muijerers, N. H. et Kok, G. (2015) Predictors of Chlamydia Trachomatis testing: perceived norms, susceptibility, changes in partner status, and underestimation of own risk. *BMC Public Health, 16*(1), 55-64. doi: 10.1186/s12889-016-2689-6

Ghanem, K. G. et Tuddenham, S. (2019). Screening for sexually transmitted infections. Dans J. Marrazzo (Ed.), *UpToDate*. Récupéré de https://www.uptodate.com/contents/screening-for-sexually-transmitted-infections

Gullette, D. L. et M. A. Lyons (2006). Sensation seeking, self-esteem, and unprotected sex in college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 17*(5), 23-31. doi: 10.1016/j.jana.2006.07.001

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), 738-745. doi: 10.1089/apc.2012.0198

Houle, J., Meunier, S., Coulombe, S., Tremblay, G., Gaboury, I., De Montigny, F., Cloutier, L., Auger, N., Roy, B., Dion, H., Bernard, F. O. et Lavoie, B. (2015). Masculinity Ideology Among Male Workers and Its Relationship to Self-Reported Health Behaviors. *International Journal of Men's Health, 14*(2). 163-182. doi: 10.3149/jmh.1402.163

BIBLIOGRAPHIE DU TEXTE 1 (SUITE)

Huang, C., Liao, H. et Chang, S. (1998). Social desirability and the Clinical Self-Report Inventory: methodological reconsideration. *Journal of Clinical Psychology, 54*(4), 517-528. doi: 0.1002/(SICI)1097-4679(199806)54:4<517:aid-jclp13>3.0.co;2-i

Hughto, J. M. W., Reisner, S. L. et Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine, 147*, 222-231. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.010

Kalichman, S. C., Johnson, J. R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K. et Kelly, J. A. (1994). Sexual sensation seeking: Scale development and predicting AIDS-risk behavior among homosexually active men. *Journal of Personality Assessment, 62*(3), 385-397. doi: 10.1207/s15327752jpa6203_1

Lambert, G., Mathieu-C, S., Goggin, P. et Maurais, E. (2017). *Étude PIXEL : Portrait de la santé sexuelle des jeunes adultes au Québec*. Récupéré de https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2307_pixel_portrait_sante_sexuelle_jeunes_adultes_quebec.pdf

Lau, A., Spark, S., Tomnay, J., Temple-Smith, M., Fairley, C. K., Guy, R. J., Donovan, B. et Hocking, J. S. (2016). Socio-demographic and structural barriers to being tested for chlamydia in general practice. *Medical Journal of Australia, 204*(3), 112-118. doi: 10.5694/mja15.00933

Martin-Smith, H. A., Okpo, E. A. et Bull, E. R. (2018). Exploring psychosocial predictors of STI testing in University students. *BMC Public Health, 18*(1), 664-673. doi: 10.1186/s12889-018-5587-2

Matser, A., Heiligenberg, M., Geskus, R., Heijman, T., Low, N., Kretzschmar, M. et van der Loeff, M. S. (2014). The importance of partnership factors and individual factors associated with absent or inconsistent condom use in heterosexuals: a cross-sectional study. *Sexually Transmitted Infections, 90*(4), 325-331. doi: 10.1136/sextrans-2013-051087

McCrae, R. R. et John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality, 60*(2), 175-215. doi: 0.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2019). *Guide québécois de dépistage : Infections transmissibles sexuellement et par le sang* (Publication no18-308-02W). Récupéré de https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-13W.pdf

Power, R. A. et Pluess, M. (2015). Heritability estimates of the Big Five personality traits based on common genetic variants. *Translational Psychiatry, 5*(7), e604-e609. doi: 10.1038/tp.2015.96

Roberts, B. W., Walton, K. E. et Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 132*(1), 1-25. doi:10.1037/0033-2909.132.1.1

Santos, M. J., Ferreira, E., Duarte, J. et Ferreira, M. (2018). Risk factors that influence sexual and reproductive health in Portuguese university students. *International Nursing Review, 65*(1), 225-233. doi: 10.1111/inr.12387

Strickhouser, J. E., Zell, E. et Krizan, Z. (2017). Does personality predict health and well-being? A metasynthesis. *Health Psychology, 36*(8), 797-810. doi: 10.1037/hea0000475

Voisin, D. R., Tan, K. et DiClemente, R. J. (2013). A longitudinal examination of the relationship between sexual sensation seeking and STI-related risk factors among African American females. *AIDS Education and Prevention, 25*(2), 124-134. doi: 10.1521/aeap.2013.25.2.124

Wolfers, M. E., Kok, G., Mackenbach, J. P. et de Zwart, O. (2010). Correlates of STI testing among vocational school students in the Netherlands. *BMC Public Health, 10*(1), 725-737. doi: 10.1186/1471-2458-10-725

EXPLORATION DES MARQUEURS DE TRANSITION À UNE SEXUALITÉ ACTIVE CHEZ LES FEMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES FEMMES

Laurence Dion, M.A. (c.) et Marie-Aude Boislard, Ph. D.

Cette recherche bénéficie du soutien financier du Fonds de recherche du Québec – Société et culture.

RÉSUMÉ

Bien que plusieurs études portent sur la transition à une sexualité active, la première relation sexuelle consentante est souvent marquée par la première expérience de pénétration pénienne. L'importance de cette pénétration comme unique marqueur de transition à une sexualité active invisibilise, notamment, la sexualité des femmes de la diversité sexuelle.

Trente-cinq femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FARSAF; $M_{âge}$ = 22,64 ans, É.T. = 2,08; 88 % cisgenres) ont répondu à une enquête en ligne majoritairement qualitative pour témoigner de leur première relation sexuelle consentante. Les comportements marquant la relation sexuelle ainsi que ceux n'en étant pas marqueurs ont été identifiés grâce à l'analyse de contenu des témoignages recueillis. Un déroulement type de la première relation sexuelle des FARSAF est proposé.

Les comportements marqueurs de la première relation sexuelle chez les FARSAF incluent divers touchers génitaux (manuels [n = 24] ou oraux [n = 13]). Par contraste, les comportements non-marqueurs rapportés incluent la masturbation individuelle, les caresses corporelles non génitales, les baisers et la consommation individuelle de pornographie. De façon typique, la première relation sexuelle débute par des baisers (n = 26) et par des caresses corporelles (n = 15) avant de progresser vers divers types de stimulation mutuelle des organes génitaux (n = 32). Aucun consensus n'existe au plan comportemental par rapport à la fin de la relation sexuelle, celle-ci étant plutôt déterminée de façon contextuelle. Ces résultats montrent que les FARSAF considèrent plusieurs comportements – au-delà des relations sexuelles avec pénétration – comme marqueurs de leur première relation sexuelle. Aucun comportement singulier n'émerge, chez elles, comme étant équivalent au coït phallovaginal hétérosexuel. Considérant l'hétérogénéité des résultats, une analyse plus approfondie du contexte, du lien avec la partenaire et des caractéristiques sociodémographiques des participantes s'impose pour dégager un portrait plus détaillé des paramètres auxquels les FARSAF accordent de l'importance pour déterminer le caractère marquant de ce qu'elles considèrent comme leur première relation sexuelle.

Pour citer ce texte
Dion, L. et Boislard, M. A. (2020). Exploration des marqueurs de transition à une sexualité active chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes. Dans A. Gauthier-Duchesne, S. Maiorano et J. Descheneaux (dir.), *Actes de colloque de la 7e édition de la Journée étudiante annuelle de la recherche en sexologie* (p. 14-25). Montréal : Les 3 sex*.
Récupéré de https://les3sex.com/fr/jears2019

INTRODUCTION

Cette recherche porte sur les marqueurs de transition à une sexualité active chez les femmes[1] ayant des relations sexuelles avec des femmes (FARSAF). Bien que la recherche sur la transition à une sexualité active abonde (Boislard, van de Bongardt et Blais, 2016), les travaux existants sont teintés de biais cishétéronormatifs et phallocentriques (Sewell, McGarrity et Strassberg, 2017). La transition à une sexualité active est traditionnellement mesurée par le premier coït phallovaginal chez les personnes hétérosexuelles ou, chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH), par la pénétration anale. L'imposition de la pénétration comme unique marqueur de transition à une sexualité active contribue au manque actuel de connaissances sur la sexualité des FARSAF, particulièrement quant à cette transition (Horowitz et Bedford, 2017; Diorio, 2016; Cohen et Byers, 2014).

La littérature sur la sexualité des adolescent.e.s et des adultes émergent.e.s (18-29 ans; Arnett, 2000) issu.e.s de la diversité sexuelle concerne majoritairement les risques présents pour les HARSAH dans une perspective de santé publique. Sinon, les études regroupent souvent de manière indifférenciée hommes gais, femmes lesbiennes et personnes bisexuelles, ce qui limite l'identification d'enjeux propres aux FARSAF (Averett, Moore et Price, 2014; Sewell *et al.*, 2017). Or, il importe de rappeler que l'adolescence et l'âge adulte émergent correspondent à une période de remise en question identitaire et d'expérimentation sexo-relationnelle (Arnett, 2000) au cours de laquelle l'orientation sexuelle tend à évoluer (Goodenow, Szalacha, Robin et Westheimer, 2008).

Définitions de la relation sexuelle. De façon générale, on entend par « relation sexuelle » des contacts au niveau des organes génitaux entre partenaires consentant.e.s. Si la recherche abonde sur les comportements constituant (ou non) une relation sexuelle, peu d'études examinent l'impact de l'orientation sexuelle, du vécu sexuel et du genre sur ces conceptualisations (Byers, Henderson et Hobson, 2009; Horowitz et Bedford, 2017; Horowitz et Spicer, 2013). Les études établissant le coït phallovaginal comme unique marqueur de transition à une sexualité active laissent peu de place à la diversité sexuelle outre l'homosexualité et la bisexualité strictement définies. Effectivement, les participant.e.s non hétérosexuel.le.s sont souvent placé.e.s dans des catégories de genre et d'orientation sexuelle prédéterminées (p. ex. homme, femme; hétérosexuel.le, bisexuel.le, homosexuel.le). Ce manque de nuances constitue une limite importante dans l'état actuel des connaissances, puisque sont ainsi indifférenciés les différents comportements et partenaires sexuel.le.s composant le vécu d'individus partageant une même orientation sexuelle.

Diorio (2016) a étudié la provenance du discours largement dominant selon lequel le coït phallovaginal constitue le comportement sexuel paradigmatique, ainsi que ses implications pour la santé des adolescent.e.s. Les discours tenus par les professionnel.le.s de la santé et les intervenant.e.s œuvrant dans les milieux scolaires, médicaux et sociaux établissent une dichotomie des pratiques sexuelles, séparant les comportements coïtaux des autres qui sont considérés préliminaires au coït phallovaginal. L'enseignement de cette vision dichotomique de la sexualité, aux dépens d'autres formes de sexualité, nuit à l'exploration de formes de relations sexuelles non coïtales, ainsi qu'au processus de formation identitaire, de connaissance de soi et de ses préférences.

Certaines différences de conceptualisation de la relation sexuelle selon l'orientation sexuelle et le genre ont été documentées. Les recherches visant à classifier certains comportements (p. ex. abstinents ou sexuels, maintenant ou non la virginité) ont établi que, comparativement aux femmes, les hommes ont tendance à considérer davantage de comportements comme abstinents (Barnett, Fleck, Marsden et Martin, 2017). Les stimulations manuelle et orale des organes génitaux sont plus souvent considérées comme une relation sexuelle chez les FARSAF que chez les femmes hétérosexuelles ou les hommes, ceux-ci et celles-ci ayant tendance à les considérer comme des préliminaires au coït phallovaginal ou comme une façon de préserver sa virginité (Cohen et Byers, 2014; Horowitz et Bedford, 2017; Horowitz et Spicer, 2013). Parmi les femmes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les FARSAF sont plus enclines à considérer la fellation comme une relation sexuelle à part entière que les femmes exclusivement hétérosexuelles (Schick *et al.*, 2016). Les FARSAF tendent aussi à considérer le sexe oral avec des femmes comme constituant une relation sexuelle (Schick *et al.*, 2016), vision en opposition avec les discours dominants qui ont davantage tendance

[1] Le terme « femme » renvoie ici aux femmes cisgenres et trans* et aux personnes non binaires. Les accords seront donc au féminin pour renvoyer à « femme » ainsi qu'à « personnes non binaires ».

à définir tout comportement autre que le coït phallovaginal comme des préliminaires à celui-ci. Aucun consensus ne semble exister quant à ce qui constitue ou non une relation sexuelle chez les FARSAF, les études sur le sujet ayant plutôt tendance à souligner l'hétérogénéité de leurs réponses (Sewell *et al.*, 2017).

Le cishétérocentrisme dominant selon lequel tout comportement non coïtal constitue un comportement préliminaire au coït phallovaginal (Horowitz et Bedford, 2017; Horowitz et Spicer, 2013) laisse peu de place aux regards critiques qui pourraient favoriser diverses conceptions de la sexualité. Une réflexion quant aux définitions possibles de la relation sexuelle n'est pas nécessairement enclenchée lorsque toutes les expériences vécues correspondent à ce modèle – modèle qui promeut et encourage certains comportements cishétérocentriques dont le sens est préalablement imposé. Ainsi, l'appartenance à un groupe sexuel minoritaire peut s'avérer un facteur favorisant les réflexions menant à diverses conceptualisations de la relation sexuelle. Chez les FARSAF, une grande variété de comportements, une fois retirés du cadre cishétérocentrique dominant, gagnent la possibilité d'être qualifiés de relations sexuelles.

Vécu sexuel et orientation sexuelle. Plusieurs études s'intéressant au vécu sexuel – c'est-à-dire l'ensemble des pratiques et comportements sexuels dont chacun.e aura fait l'expérience, des débuts de sa vie sexuelle active à la période actuelle – et à l'orientation sexuelle notent certaines disparités entre ceux-ci (Matthews, Hughes et Tartaro, 2006; Diamond, 2015; Goodenow *et al.*, 2008). La diversité de vécus sexuels parmi des individus s'auto-identifiant à une orientation sexuelle donnée montre que le vécu de chacun.e n'est pas toujours parfaitement cohérent avec son orientation sexuelle, particulièrement chez les femmes (Diamond, 2015; Goodenow *et al.*, 2008). Par ailleurs, certains comportements sexuels peuvent avoir lieu avant l'identification à une orientation sexuelle réfléchie (Mojola et Everett, 2012), et l'orientation sexuelle de chacun.e est susceptible de changer avec le temps (Diamond, 2016).

Dans l'optique d'évaluer les changements d'attirance sexuelle dans le temps chez les FARSAF, Diamond (2016) montre que 40 % à 70 % des FARSAF rapportent des changements longitudinaux d'attirance sexuelle. Les résultats de cette recension indiquent que les femmes – incluant celles qui rapportaient initialement une attirance exclusive envers les femmes – ont davantage tendance à éprouver, à un moment ou à un autre de leur vie, une certaine attirance sexuelle envers des partenaires de plus d'un genre. Notamment, dans une étude populationnelle longitudinale comptant 6 556 femmes âgées de 18 à 24 ans, près d'une femme sur cinq rapporte des changements d'attirance sur une période de six ans. Cette proportion grimpe à 33 % chez celles ayant initialement rapporté une attirance exclusive pour les femmes, et jusqu'à 78,6 % chez les FARSAF rapportant initialement divers degrés d'attirance envers les femmes et les hommes (Savin-Williams, Joyner et Rieger, 2012). Ces données montrent que, particulièrement chez les FARSAF, l'auto-identification à une orientation sexuelle ne peut être utilisée comme seul déterminant du vécu sexuel. Cependant, ces disparités entre le vécu sexuel et l'orientation sexuelle sont sous-étudiées, surtout parmi les communautés sexuelles minoritaires (Lund, Thomas, Sias et Bradley, 2016; Preciado et Johnson, 2014). Les études catégorisant les participant.e.s par orientation sexuelle autorapportée transversalement, sans égard au vécu ou à la fluidité au niveau de l'orientation sexuelle vécue longitudinalement, ne donnent qu'une image ponctuelle qui ne rend pas compte des changements au fil du temps (Lund *et al.*, 2016).

Malgré ces connaissances, les recherches sur les FARSAF mettent souvent l'accent sur leur orientation sexuelle plutôt que sur leurs comportements sexuels – distinction seulement négligeable lorsque le vécu sexuel de chacune est en parfaite congruence avec son orientation sexuelle, ce qui n'est pas systématiquement le cas (Chandra, Copen et Mosher, 2013; Copen, Chandra et Febo-Vazquez, 2016; Diamond, 2016). On peut supposer que l'impact des scripts sexuels cishétérocentriques sur les interprétations que font les FARSAF de la première relation sexuelle diffère selon le vécu sexuel de celles-ci; leur adhésion aux biais phallocentriques entourant les définitions de la relation sexuelle pouvant différer.Ces aspects illustrent l'importance de porter attention aux comportements qui composent le vécu des FARSAF plutôt qu'à leur seule orientation sexuelle autorapportée, afin d'éviter d'occulter certaines nuances lorsqu'est présupposée l'équivalence de l'orientation sexuelle et du vécu sexuel. L'examen de diverses trajectoires sexo-relationnelles des femmes ayant déjà eu une expérience sexuelle significative – la première relation sexuelle – avec au moins une autre femme permettra de mettre en lumière cette transition et les questionnements qui l'entourent.

L'examen de diverses trajectoires sexo-relationnelles des femmes ayant déjà eu une expérience sexuellesignificative – la première relation sexuelle – avec au moins une autre femme permettra de mettre en lumière cette transition et les questionnements qui l'entourent.

Limites des connaissances actuelles. La sexualité non coïtale – en particulier celle des FARSAF – est donc actuellement invisibilisée, banalisée, peu explicitée et mal comprise (Pham, 2016). Le matériel actuellement disponible pour les recherches sur les comportements sexuels (tels que les inventaires comportementaux centrés autour de la pénétration) et les conclusions pouvant en découler ne sont que rarement spécifiques aux FARSAF; une adaptation de ces outils peut donc s'avérer préférable à leur utilisation intégrale. Cependant, à notre connaissance, il n'existe aucun instrument adapté aux réalités des FARSAF avec lequel mesurer adéquatement leur transition à une sexualité active. Bien que l'utilisation d'outils préalablement conçus et validés facilite la compréhension des comportements sexuels généralement convenus (p. ex. en centrant la sexualité autour des divers touchers génitaux aux dépens du contexte dans lequel ceux-ci sont vécus), les questionnaires fermés ne permettent que rarement de documenter les expériences propres aux FARSAF. Afin de favoriser l'émergence de nouvelles connaissances sur leur sexualité, il importe donc de penser leur vécu sexuel et leurs diverses trajectoires futures au-delà de leur seule orientation sexuelle. D'une part, cette dernière peut fluctuer au cours de la vie et les comportements sexuels peuvent différer de l'orientation sexuelle autodéclarée; d'autre part, le passage du temps et l'accumulation d'expériences sexuelles au cours de la vie des femmes peuvent contribuer à une redéfinition de ce qui constitue un comportement sexuel – ou une relation sexuelle – pour elles. Afin de rendre compte de la diversité du vécu sexuel des FARSAF, il importe ainsi de s'intéresser à leurs expériences et à la façon dont chacune vit sa sexualité, en allant au-delà de leur seule orientation sexuelle autorapportée.

OBJECTIFS

Le présent article répond à deux objectifs complémentaires, dans une visée d'abord descriptive, puis conceptuelle. On vise d'abord à explorer, chez les FARSAF ayant vécu leur transition à une sexualité active avec une femme, les comportements sexuels spécifiques marquant cette transition. L'examen de ces marqueurs favorise une meilleure compréhension de la diversité de leurs comportements sexuels dès leurs premières expériences. À partir de ces données, un modèle conceptuel adaptant la théorie des scripts sexuels (Simon et Gagnon, 1986; Pham, 2016) aux réalités vécues des FARSAF est proposé.

Afin de rendre compte de la diversité du vécu sexuel des FARSAF, il importe ainsi de s'intéresser à leurs expériences et à la façon dont chacune vit sa sexualité, en allant au-delà de leur seule orientation sexuelle autorapportée.

MÉTHODOLOGIE

Ce projet a été mené selon une méthodologie mixte à prédominance qualitative. Un questionnaire individuel en ligne, hébergé sur la plateforme LimeSurvey (limesurvey.uqam.ca) et comportant majoritairement des questions ouvertes relatives à la première relation sexuelle des participantes leur a permis de partager les comportements marquant leur transition à une sexualité active et d'en décrire le déroulement. Afin de réduire les biais de reconstruction mnésique liés aux approches biographiques rétrospectives (Boislard et Poulin, 2015), nous avons adapté et inclus au questionnaire l'outil de recontextualisation mnésique *Life History Calendar* (Bay-Cheng, 2017; Bay-Cheng, Robinson et Zucker, 2009; Belli, 1998; Morselli, Berchtold, Suris Granell et Berchtold, 2016). Ceci facilite le rappel d'évènements passés et favorise des témoignages gagnant en richesse et en fidélité.

Participantes. L'échantillon compte 35 participantes âgées de 19 à 25 ans ($M_{âge}$ = 22,64 ans, É.T. = 2,08), diversifié aux plans de l'identité de genre (82,86 % cisgenres), de l'orientation sexuelle (37,14 % homosexuelles) et de la langue d'expression (82,86 % francophones). Afin de prendre part à l'étude, les participantes devaient se considérer sexuellement actives, habiter en Amérique du Nord, être femme ou avoir été assignée au sexe féminin à la naissance, avoir vécu leur première relation sexuelle avec une autre femme et être âgée de 16 à 25 ans au moment de la participation. Parmi les témoignages recueillis, certains ont été exclus à la suite de leur lecture (aucune information comportementale citée [n = 2], première relation sexuelle hétérosexuelle, coïtale, avec un partenaire masculin cisgenre [n = 3]).

Procédure. Cette étude a préalablement reçu l'approbation du Comité d'éthique institutionnel facultaire de l'Université du Québec à Montréal. La collecte des données a été réalisée en ligne via les réseaux sociaux (p. ex. Facebook, Twitter) grâce à des listes de diffusion par courriel, par bouche-à-oreille et à l'aide d'affiches aux départements de sexologie de l'Université du Québec à Montréal et de Gender, Sexuality, and Women's Studies de l'Université Simon Fraser à Vancouver.

Le recrutement a eu lieu entre les mois de novembre et décembre 2018. Le matériel de recrutement contenait un lien direct menant au questionnaire : les affiches indiquaient l'adresse du site web du laboratoire des chercheurs et chercheuses où apparaissait l'hyperlien. Afin de préserver la confidentialité des participantes, chacune a indiqué un pseudonyme de son choix. Les témoignages recueillis varient en longueur de 23 à 467 mots (M = 193; É.T. = 110).

Matériel. Les participantes devaient remplir un court questionnaire sociodémographique, puis étaient amenées à répondre à plusieurs questions de recontextualisation mnésique inspirées des principes du *Life History Calendar* (Bay-Cheng, 2017; Belli, 1998), afin de favoriser une récupération optimale de leur première relation sexuelle. Elles commençaient ensuite la rédaction de leur témoignage. Afin d'obtenir un maximum de données détaillées, le questionnaire était divisé en plusieurs questions portant sur différents aspects de la première relation sexuelle : (1) son amorce, (2) son développement, (3) sa fin, et (4) les comportements à caractère intime ou sexuel vécus antérieurement à la première relation sexuelle. Chacune de ces questions comportait une boîte de saisie de texte sans limite de mots. Les participantes étaient invitées à donner autant de détails que possible. Afin de faciliter la rédaction, chacune des questions comportait plusieurs pistes de réponses desquelles s'inspirer au besoin.

Un inventaire comportemental, détaillant 94 comportements interpersonnels, intimes ou sexuels (inspiré de Bolton, 1999 et de la Fédération du Québec pour le planning des naissances, 2015), a servi de grille de codification préliminaire.

Analyse. L'analyse du contenu (Bengtsson, 2016; Thomas, 2016) des témoignages a été effectuée de façon itérative à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo Pro (version 12.4.0). La codification a été effectuée selon un modèle de catégorisation hybride (Palinkas *et al.*, 2015), cette méthode offrant un certain niveau de flexibilité qui permet l'ajout et l'optimisation des codes au vu de la lecture et favorisant la création d'une grille préliminaire basée sur les informations empiriques disponibles. La lecture intégrale de chacun des témoignages a permis une familiarisation avec le matériel recueilli et l'adaptation de la grille de codification, initialement basée sur l'inventaire comportemental préalablement développé. Chaque témoignage a ensuite été réorganisé afin de regrouper les réponses selon leur contexte respectif (amorce, développement, fin, expérience antérieure). Une analyse des extraits ainsi regroupés par contexte, où chaque comportement cité était codé, a permis de perfectionner la grille de codification.

RÉSULTATS

Le but premier de cette étude était d'identifier les comportements considérés par les FARSAF comme étant sexuels ou non, ainsi que ceux dont le caractère est ambigu ou relatif au contexte (premier objectif) et l'analyse du contenu des témoignages a permis d'identifier des points de convergence et de divergence émergeant des témoignages. Pour sa part, l'analyse de la chronologie dans les témoignages a permis la conception inductive du déroulement type de la première relation sexuelle chez les FARSAF selon la récurrence et le contexte de citation des comportements recueillis au sein des témoignages (second objectif). Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques lors de la première relation sexuelle des participantes

	Étendue (années)	M (É.T.)
Âge lors de la 1re relation sexuelle	[12 – 22]	16,09 (2,50)
Délai écoulé depuis la 1re relation sexuelle	[< 1 – 13]	6,71 (3,21)
		% (n)
Identité de genre (participante)		
Femme cisgenre		85,71 (30)
Non binaire		5,71 (2)
Genderqueer		2,86 (1)
Femme trans		2,86 (1)
Non spécifiée		2,86 (1)
Orientation sexuelle (participante)		
Homosexuelle		37,14 (13)
Bisexuelle		25,71 (9)
Pansexuelle		17,14 (6)
Queer		17,14 (6)
Non spécifiée		2,86 (1)
Identité de genre (partenaire)		
Femme cisgenre		97,14 (34)
Homme trans		2,86 (1)
Expérience sexuelle préalable (partenaire)		
Oui		48,57 (17)
Non		37,14 (13)
Information inconnue		14,29 (5)
Type de partenaire		
Partenaire romantique		42,86 (15)
Ami.e		34,29 (12)
Fréquentation		11,43 (4)
Partenaire d'un soir		5,71 (2)
Collègue		2,86 (1)
Connaissance		2,86 (1)
Type de foyer de résidence		
Résidence familiale		82,86 (29)
Appartement (colocation)		8,57 (3)
Appartement (seule)		2,86 (1)
Cohabitation		2,86 (1)
Résidence scolaire		2,86 (1)
Fréquentation d'établissement scolaire		
6-8e année (école élémentaire)		2,86 (1)
École secondaire		60,00 (21)
Cégep ou centre de formation professionnelle		11,43 (4)
Université – 1er cycle		25,71 (9)
Occupation d'emploi		
Oui		54,29 (19)
Non		40,00 (14)
Non spécifiée		5,71 (2)

Classification comportementale

Chaque comportement cité a été classé selon trois catégories conceptuelles : (a) comportements faisant consensus chez les FARSAF comme étant marqueurs d'une première relation sexuelle, (b) comportements rarement ou jamais vécus comme marqueurs d'une relation sexuelle, (c) comportements dont l'interprétation est généralement ambiguë ou non uniquement déterminée de façon comportementale. La présente section décrit les résultats les plus saillants de l'analyse des comportements composant les témoignages recueillis et inclut, lorsqu'applicable, les informations de nature contextuelle nécessaires à leur représentation.

Comportements marqueurs de la première relation sexuelle. Les comportements marquant la première relation sexuelle consentante de façon non équivoque chez les FARSAF de l'échantillon sont regroupés ici. Une variété de contacts génitaux sont compris comme indiquant clairement aux participantes qu'elles vivaient ou venaient de vivre leur première relation sexuelle. Parmi ces comportements, on retrouve notamment plusieurs types de stimulation manuelle des organes génitaux (n = 25). Plus particulièrement, ceux-ci incluent la stimulation sans pénétration (n = 4) ou avec pénétration par les doigts (n = 8), ainsi que divers rôles joués, la participante étant soit celle qui stimulait sa partenaire (n = 8) ou celle qui recevait la stimulation (n = 12). Plus d'un tiers des participantes rapporte avoir fait l'expérience de stimulation orale des organes génitaux au cours de leur première relation sexuelle (n = 13). Certaines d'entre elles ont aussi rapporté des occurrences de stimulation manuelle au cours de leur première relation sexuelle (n = 10), alors que pour d'autres, seule la stimulation orale était rapportée (n = 3), consolidant respectivement le caractère marqueur de chacun de ces types de stimulation. Ces résultats sont cohérents avec les données empiriques rapportées dans diverses études antérieures qui montrent une nette propension des FARSAF à considérer le sexe oral comme qualifiant une relation sexuelle et non uniquement comme un préliminaire (Cohen et Byers, 2014; Horowitz et Bedford, 2017; Horowitz et Spicer, 2013).

Comportements rarement (ou jamais) marqueurs d'une relation sexuelle. Plusieurs comportements ont été vécus par les participantes antérieurement à la première relation sexuelle, impliquant de ce fait qu'ils ne soient pas évocateurs, en soi, d'une relation sexuelle. Parmi ceux-ci, on retrouve notamment les baisers (n = 30), le partage d'un lit (n = 19), les échanges de type « *sexting* » (n = 12), les caresses corporelles (n = 14), la consommation de pornographie en présence d'un.e partenaire (n = 5) et le fait d'être nue en présence d'autrui (n = 1).

> *« Quelques mois avant, j'avais pratiqué une fellation à un garçon que je fréquentais, mais je ne souhaitais rien avoir en retour puisque je n'étais pas encore à l'aise avec mon corps. À ce moment, je n'avais pas encore réalisé mon attirance pour les filles. La première fois que j'ai embrassé une fille, ce fut comme une révélation! Par la suite, j'ai fréquenté une fille avec qui j'ai dormi quelques fois. Nous étions seins nus et nous embrassions, mais il n'y a eu aucun contact immédiat avec la zone de l'entrejambe. »*
> - Ali, 24 ans, bisexuelle.

Comportements dont l'interprétation varie. Certains comportements revêtent une signification particulière. L'interprétation de ceux-ci diffère d'une participante à une autre, démontrant ainsi que les seuls comportements ne sont pas systématiquement porteurs de sens. Plusieurs ont été cités comme marqueurs d'une première relation sexuelle chez certaines participantes, alors que pour d'autres, ils étaient considérés antérieurs à la première relation sexuelle plutôt que marqueurs de celle-ci. Ces comportements à signification ambiguë incluent notamment la masturbation[2], tant seule qu'en présence d'un.e partenaire; la consommation de contenu érotique ou pornographique; l'échange de vidéos ou de photos suggestives ou impliquant de la nudité, dans le but d'entretenir ou de susciter l'excitation chez soi et/ou chez un.e partenaire; les caresses corporelles non génitales (p. ex. poitrine) ou par-dessus les vêtements, tant au niveau du torse que de l'entrejambe. Chez une participante en particulier, la masturbation en présence d'une partenaire sans contact mutuel (c.-à-d. chacune stimulant exclusivement ses propres organes génitaux) fait partie des comportements vécus antérieurement à la première relation sexuelle; pour une autre, ce même comportement constitue précisément le marqueur de sa première relation sexuelle :

> *« Dans la semaine avant [ma première relation sexuelle], nous nous étions masturbées l'une devant l'autre. Nous avions aussi dormi collées. »*
> - Louise, 21 ans, queer et non binaire.

> *« Nous avions parlé précédemment de ce que nous faisions [individuellement] et nous voulions nous le montrer l'une à l'autre. Nous avons donc commencé à nous masturber, l'une à côté de l'autre. Nous nous observions mutuellement afin de voir comment l'autre faisait. Nous ne nous sommes pas touchées l'une et l'autre, seulement regardées. »*
> - Caroline, 25 ans, pansexuelle.

Le seul comportement de masturbation en présence de l'autre ne revêt ainsi pas un sens prédéterminé, celui-ci étant plutôt propre à chacune.

Plusieurs participantes ont rapporté avoir vécu certains contacts génitaux (donnés ou reçus) ou certaines expériences dont la nature était considérée sexuelle. Cependant, les comportements en eux-mêmes n'étaient pas nécessairement évocateurs d'une relation sexuelle et ne marquaient ainsi pas la première relation sexuelle. La plupart des participantes relevaient d'ailleurs l'importance du contexte entourant ces expériences plutôt que des seuls comportements les composant. Ces expériences incluent divers moments avec d'ex-partenaires, par exemple chez une participante lesbienne débutant son exploration sexuelle avec des garçons avant de réaliser qu'elle n'était pas attirée par eux, accordant ainsi peu d'importance à ces explorations qui n'étaient pas cohérentes avec son identité sexuelle (n = 1). Certaines participantes ont d'ailleurs mentionné que, bien qu'elles aient fait l'expérience des comportements qui ont marqué leur première relation sexuelle antérieurement à celle-ci, la dimension émotionnelle ou l'absence de désir pouvait être non propice à la construction de l'évènement en tant que première relation sexuelle consentante (n = 3). On inclut ici, par exemple, l'expérience de stimulation manuelle des organes génitaux d'une partici-

[2] Pour la présente section, la fréquence de citation (n) est omise, car on y retrouve des comportements cités comme étant marquants pour certaines, mais ne l'étant pas pour d'autres.

pante par un ex-copain, situation qui avait alors été interprétée comme des « jeux sexuels » qui manquaient de sérieux. Cette interprétation est cohérente avec les scripts sexuels dominants qui qualifient les comportements non coïtaux comme préliminaires et qui postulent que la première relation sexuelle doit être une expérience charnière, sérieuse et émotionnellement chargée (Diorio, 2016; Pham, 2016), ce qui n'était pas le cas.

Chez une participante, la signification a été attribuée à son expérience *a posteriori*. L'interprétation de cet évènement était ambiguë pour elle au moment de le vivre. Ce fait peut être attribuable aux différences marquées dans la conception de la sexualité chez les individus issus de groupes sexuels minoritaires, comparativement aux individus hétérosexuels, ainsi qu'à la conception culturellement dominante que la « vraie » sexualité équivaut à la pénétration phallovaginale (Horowitz et Bedford, 2017; Horowitz et Spicer, 2013) :

> *« Honnêtement, à [cet âge], j'étais à peine sortie du placard et je me suis questionnée à savoir si j'avais eu une "vraie" relation sexuelle. [...] Quand j'en ai parlé avec [ma partenaire], elle a ri et elle a dit "*omg, of course we had sex!*". Elle [était plus âgée] à l'époque et elle avait beaucoup d'expérience sexuelle (en tout cas beaucoup plus que moi) et surtout avec des femmes. »*
>
> - Danica, 21 ans, bisexuelle.

Déroulement type de la première relation sexuelle chez les FARSAF

Plusieurs points de convergence ont émergé des témoignages reçus. Nous offrons ici une proposition de déroulement type de la première relation sexuelle chez les FARSAF, à partir de l'analyse de la chronologie et de la récurrence des comportements cités ci-haut.

Amorce de la relation sexuelle. Parmi les comportements cités comme faisant partie de l'amorce à la première relation sexuelle, ou équivalant à des préliminaires (au sens large) chez les participantes, on retrouve très généralement les baisers (n = 25), ceux-ci pouvant aller de bisous simples à des baisers dans le cou (n = 1), sur le haut du corps ou sur la poitrine (n = 1), à des baisers plus langoureux. Plusieurs participantes ont aussi mentionné divers degrés de caresses corporelles (n = 7), soit sous les vêtements (n = 4) ou une fois nue (n = 1); soit limitées au torse et à la poitrine (n = 1) ou se dirigeant sous la ceinture (n = 3). Certains comportements impliquant la stimulation indirecte des organes génitaux (p. ex. divers types de frictions ou de frottements de l'entrejambe sans être complètement à nu, ou « *dry humping* ») ont été catégorisés comme faisant partie de l'amorce et non de la relation sexuelle comme telle (n = 3). Ces comportements sont donc vécus au cours de la transition à une sexualité active en tant qu'évènements ponctuels précurseurs qui préparent les participantes à leur première relation sexuelle (ou leur indiquent que celle-ci est en cours de développement), sans pour autant constituer une relation sexuelle en soi.

Développement de la relation sexuelle. Le développement de la première relation sexuelle englobe majoritairement les contacts génitaux directs. Cependant, ceux-ci sont diversifiés et ne sont pas strictement limités à la pénétration – ceci illustrant un des points de différenciation les plus frappants lorsque l'on compare les FARSAF aux femmes strictement hétérosexuelles ou aux hommes de toute orientation. Ainsi, l'amorce d'une relation sexuelle dans l'échantillon progressait généralement vers la stimulation mutuelle des organes génitaux (sans nécessairement être réciproque cependant), comportement rapporté par la quasi-totalité des participantes (n = 32). Toutefois, cette stimulation pouvait tout autant être orale (n = 13) que manuelle (n = 24), et pouvait inclure la pénétration vaginale par les doigts ou la langue (n = 9). Ceci dit, la pénétration n'était ni définitive ni essentielle, plusieurs participantes spécifiant qu'aucune pénétration n'avait eu lieu (n = 4). Chez les participantes n'ayant pas rapporté de stimulation mutuelle directe au niveau des organes génitaux, la relation sexuelle se dirigeait plutôt vers le *dry humping* (n = 1), la masturbation individuelle en présence de l'autre (n = 1) et des « jeux exploratoires » avec une partenaire qui n'avait pas souhaité « aller plus loin » (n = 1).

Fin de la relation sexuelle. Finalement, il était demandé aux participantes de décrire ce qui avait marqué la fin de leur première relation sexuelle. Très peu d'expériences se recoupent à ce niveau sur le plan comportemental. Les témoignages à cette étape décrivaient surtout des informations contextuelles plutôt que l'expérience de comportements spécifiques, contrairement aux étapes précédentes. Notamment, plusieurs ont mentionné avoir été contraintes par le temps – p. ex. sonnerie d'un cadran, le fait d'être attendue quelque part (n = 3); avoir été surprises par de tierces parties (n = 2) ou craindre de l'être (n = 1). Certaines mentionnaient la fatigue, soit en raison de l'heure tardive ou de l'épuisement physique qu'entraînait la relation sexuelle ou sa durée (n = 4). Seule une minorité des participantes a rapporté l'atteinte d'un ou de plusieurs orgasmes, soit pour elles et/ou chez leur partenaire, comme marquant la fin de la relation sexuelle (n = 9). Finalement, plusieurs ont mentionné simplement ne pas se rappeler pourquoi ou comment la relation sexuelle s'était terminée (n = 7), la fin de celle-ci n'ayant pas été aussi marquante que la relation sexuelle en elle-même.

DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude était de documenter les comportements sexuels marquant la transition à une sexualité active chez les femmes ayant vécu leur première relation sexuelle avec une femme et d'en dégager le déroulement type. Les résultats préliminaires révèlent qu'un large éventail de pratiques et de comportements sexuels semblent définir cette transition, et que le contexte dans lequel chacun de ces comportements est vécu est fondamental afin de permettre aux FARSAF de définir leurs expériences sexuelles comme constituant ou non une relation sexuelle. S'il est généralement convenu que la première relation sexuelle et ses représentations incluent la pénétration (Diorio, 2016; Pham, 2016), il appert que cela ne soit pas systématique au sein de l'échantillon présent, car les stimulations orales et génitales des organes génitaux, non limitées à la pénétration, font partie du répertoire sexuel des FARSAF. Cette diversité au niveau de la conceptualisation de la sexualité et des déterminants de la relation sexuelle distingue les FARSAF d'autres groupes d'individus, permet la documentation de réalités leur étant propres et rejoint les résultats d'études antérieures rapportant que les femmes non exclusivement hétérosexuelles englobent une plus grande variété de comportements dans leur définition de la relation sexuelle que les autres femmes et les hommes (Cohen et Byers, 2014; Horowitz et Bedford, 2017; Horowitz et Spicer, 2013; Schick *et al.*, 2016; Sewell *et al.*, 2017).

Le déroulement type de la première relation sexuelle chez les FARSAF dénote une certaine flexibilité là où les scripts hétérosexuels dominants peuvent parfois s'avérer rigides, notamment en créant une hiérarchie des comportements sexuels où seul le coït phallovaginal est systématiquement considéré comme marqueur de perte de virginité et de relation sexuelle complète.

Ce résultat est prometteur, considérant la possibilité qu'au moment de leur transition à une sexualité active, les FARSAF souscrivent à des repères sexuels cishétéronormés de ce qui constitue une relation sexuelle (notamment, l'importance de la pénétration comme marqueur d'une relation sexuelle, ainsi que de l'orgasme – masculin plus souvent qu'autrement – comme indiquant la fin de cette relation). Ainsi, on peut se demander comment, avec quel niveau de facilité et à l'intérieur de quel intervalle de temps après la relation sexuelle le caractère marquant de la situation a été attribué. On remarque d'ailleurs, dans le discours d'une participante (extrait cité précédemment), que cette attribution a été faite à la suite d'une conversation avec sa partenaire; attribution dépendant donc tant de facteurs individuels qu'interpersonnels. Malgré l'inadéquation de son expérience (vécue comme étant signifiante) avec les scripts dominants, qui l'aurait classée comme préliminaire à une relation sexuelle ou comme façon de garder sa virginité, elle a pu se tourner vers sa partenaire qui, de sa propre expérience, avait acquis diverses façons de conceptualiser sa sexualité en retrait de ces normes. Le partage de cette vision a donné à cette participante l'opportunité d'attribuer à son expérience la définition de relation sexuelle et d'atténuer le doute qu'elle nourrissait. Cette possibilité ne semblait pas envisageable pour elle au seul vu des discours dominants sur la sexualité, qui auraient plutôt défini cette expérience comme faisant partie du spectre des préliminaires et non de la relation sexuelle, ce qui s'est manifesté par un questionnement sur les façons dont elle devait comprendre ce moment. L'unique considération des comportements, aux dépens de leur contexte respectif, pourrait engendrer des conclusions hâtives, restrictives ou erronées – du moins au sein de l'échantillon actuel. Par exemple, une participante a rapporté avoir vécu des agressions sexuelles dans le passé, réitérant dans son cas le rôle crucial du contexte lors de l'interprétation du vécu et des expériences sexuelles.

De plus, afin d'identifier de façon précise les comportements marquant la première relation sexuelle chez les FARSAF, il importait non seulement de recueillir des informations sur le déroulement de cette première relation sexuelle, mais aussi d'examiner ces informations à la lumière de ce que les participantes avaient vécu antérieurement à leur première relation sexuelle. Quoique ces comportements puissent être intimes (baisers, caresses), au moins partiellement sexuels (contacts indirects avec les organes génitaux, masturbation) ou encore pouvant représenter une relation sexuelle selon les circonstances (contacts directs avec les organes génitaux, masturbation en présence d'autrui), certaines participantes ne considéraient pas ces comportements vécus antérieurement comme une première relation sexuelle.

Concernant le déroulement de la première relation sexuelle, l'analyse des comportements rapportés et de l'étape à laquelle ils ont été rapportés (amorce, développement, fin de la première relation sexuelle) a permis de dégager un déroulement type de la première relation sexuelle des FARSAF. On retrouve, à l'amorce, des comportements du registre de la séduction (baisers, caresses) dont le caractère sérieux et intime s'accroît progressivement pour mener à divers touchers génitaux. La décision de séparer les contextes d'amorce et de développement de la première relation sexuelle lors de la collecte des données a été influencée par des considérations méthodologiques et éthiques et par des bonnes pratiques suggérant de guider graduellement les participantes dans leur récit en posant d'abord les questions les moins exigeantes, chargées ou intimes (Savoie-Zajc, 2016). Cette décision a permis l'émergence d'un récit logique et séquentiel de la première relation sexuelle. Dans l'optique d'identifier les comportements marqueurs de transition à une sexualité active, cette distinction est cruciale afin de dresser un portrait plus concis, fidèle et succinct de cette expérience.

Finalement, les témoignages reçus ont permis de développer une certaine compréhension des adaptations que font les FARSAF des discours dominants à l'égard de la première relation sexuelle. Le déroulement type de la première relation sexuelle chez les FARSAF dénote une certaine flexibilité là où les scripts hétérosexuels dominants peuvent parfois s'avérer rigides, notamment en créant

une hiérarchie des comportements sexuels où seul le coït phallovaginal est systématiquement considéré comme marqueur de perte de virginité et de relation sexuelle « complète » (Horowitz et Bedford, 2017; Horowitz et Spicer, 2013). La première relation sexuelle chez les FARSAF n'est ni systématiquement définie par la pénétration, ni limitée à celle-ci, point de différenciation entre les FARSAF et les femmes exclusivement hétérosexuelles ou les hommes. Qui plus est, les FARSAF se distinguent également en ce qui a trait à la signification accordée à l'orgasme. Les discours dominants présentent quasi systématiquement l'atteinte de l'orgasme masculin comme le point culminant qui se doit de constituer la fin d'une relation sexuelle; on n'a qu'à penser, par exemple, à la pornographie conventionnelle où l'orgasme masculin marque, de façon presque infaillible, la conclusion de la relation sexuelle (Séguin, Rodrigue et Lavigne, 2018; Williams, 1989). Or, on remarque ici que l'orgasme ne représente pas un marqueur systématique de la fin d'une relation sexuelle chez les FARSAF. Son atteinte n'est pas nécessaire à la fin de la relation sexuelle, n'étant pas

[...] on remarque ici que l'orgasme ne représente pas un marqueur systématique de la fin d'une relation sexuelle chez les FARSAF. Son atteinte n'est pas nécessaire à la fin de la relation sexuelle [...]

mentionnée par toutes les participantes. Elle ne marque pas non plus la fin de la relation sexuelle, plusieurs rapportant avoir fait l'expérience de plusieurs orgasmes au cours de leur première relation sexuelle. Nous constatons plutôt qu'une très grande variété de situations a été interprétée par les participantes comme des indicateurs de la fin de leur première relation sexuelle, une portion substantielle de celles-ci étant purement circonstancielles et non marquées par l'orgasme de l'une ou des deux partenaires

CONCLUSION

Les participantes avaient l'opportunité de partager les raisons qui leur ont permis d'identifier comme étant marquante la situation dont elles venaient de témoigner. Considérant le degré d'hétérogénéité présent dans les résultats ici présentés, le croisement des données comportementales avec celles sociodémographiques et contextuelles – au-delà de ce que les participantes dévoilaient au cours de leur témoignage – permettra de dégager un portrait plus détaillé, précis et en profondeur des principaux barèmes à partir desquels elles accordent un sens à leurs expériences. On remarque d'ailleurs, chez au moins une participante, que l'attribution de la première relation sexuelle comme étant marquante a été faite à la suite d'une conversation avec sa partenaire; cette attribution semblant dépendre tant de facteurs individuels qu'interpersonnels. L'identification de ces facteurs pourra permettre de déterminer la source de certaines divergences dans leurs témoignages et de mieux comprendre ce qui vient influencer le cadre d'interprétation propre à chacune (p. ex. chez celles pour qui le contexte de la relation sexuelle prévaut sur les comportements qui la composent, chez les FARSAF exclusivement homosexuelles en comparaison avec celles qui ne le sont pas, ou encore au regard de leur âge ou de la génération de laquelle elles font partie).

On relève d'ailleurs la possibilité que les scripts sexuels cishétéronormatifs dominants, qui définissent la relation sexuelle par la pénétration et proposent la perte de virginité comme seule façon d'entrer dans une vie sexuelle active, aient un impact défavorable sur le processus d'interprétation des premières expériences sexuelles des FARSAF. Ainsi, il importe de considérer le biais d'autosélection des FARSAF comme celles se reconnaissant dans la description de l'étude. Le matériel de recrutement n'incluait aucune information en lien avec l'identité ou l'orientation sexuelles des participantes, et ce, dans un effort de valorisation des expériences sexuelles (« étude sur la sexualité des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes » et non, par exemple, « premières relations sexuelles chez les femmes lesbiennes »). Ainsi, on demandait aux femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes *et ayant vécu leur première relation sexuelle avec une femme* de participer. Il est possible que certaines participantes potentielles ne se soient pas senties interpellées si elles considèrent avoir une certaine expérience sexuelle sans pour autant avoir eu des relations sexuelles « complètes » au sens dominant (c.-à-d. avec pénétration phallovaginale) et, de ce fait, ne se considèrent pas nécessairement actives sexuellement. De façon similaire, on peut croire que certaines FARSAF qui ont aussi des relations sexuelles avec des hommes considèrent celles-ci comme marquant leur transition à une vie sexuelle active (en concordance avec les scripts de la virginité), et ce, même si elles avaient aussi eu des expériences ou des relations sexuelles avec des femmes antérieurement. Les scripts dominants peuvent mener, chez certaines FARSAF, à l'invalidation de leurs expériences. Ces FARSAF ne se seraient donc pas senties interpellées par le matériel de recrutement de la présente étude; leurs expériences, *de facto*, ne sont donc pas représentées ici. Davantage de recherches plus spécifiquement axées sur les constructions et compréhensions de la sexualité des FARSAF seront nécessaires afin de documenter avec précision les tendances se dégageant des témoignages actuels.

LIMITES

Les données présentées dans le présent article sont le résultat d'une analyse préliminaire ne concernant qu'une partie des aspects de l'étude menée. Notamment, un volet quantitatif a été développé afin d'évaluer la perception des participantes par rapport à un large éventail de comportements sexuels, vécus ou non. L'analyse de ce volet vise à comparer leurs expériences vécues et l'interprétation qu'elles en tirent avec leurs conceptions plus globales en ce qui a trait aux relations sexuelles. N'ayant actuellement accès qu'à une facette de leur conceptualisation et de leur propre vision quant à la sexualité au travers de leurs témoignages – leurs expériences passées et ce dont chacune se souvient au sujet de celles-ci – le volet quantitatif permettra de centrer leur vécu sexuel au sein d'une perspective plus globale, qui est informée des expériences passées des participantes, mais qui va aussi au-delà de celles-ci. Ceci dit, nous avons tenté de pallier cette limite par la façon dont le questionnaire a été développé. La progression structurée des questions a permis de réduire ou de prévenir certains biais mnésiques de nature temporelle, ainsi que de ne pas interpréter à tort certains comportements de séduction ou des préliminaires comme faisant partie intégrante de la relation sexuelle chez les FARSAF, ces comportements ou ces préliminaires ayant plutôt comme objectif d'encourager ou de rendre possible ladite relation sexuelle.

DIRECTIONS FUTURES ET RECOMMANDATIONS

Les résultats préliminaires de cette étude rejoignent et corroborent les données comportementales actuellement disponibles. Comme attendu, les FARSAF de notre échantillon incluent un grand éventail de comportements dans leur définition de la relation sexuelle (Cohen et Byers, 2014; Horowitz et Bedford, 2017; Horowitz et Spicer, 2013; Schick *et al.*, 2016; Sewell *et al.*, 2017) et ont une perspective plus globale de celle-ci que ce que les discours dominants présentent. Ces constats montrent l'importance de la considération et de la familiarisation avec diverses formes de sexualité à des fins de bien-être, de connaissance de soi et d'épanouissement. Il ressort notamment des résultats actuels que l'attribution de sens à une expérience sexuelle n'est pas systématiquement prédéfinie par les comportements eux-mêmes. Plutôt, dès lors qu'une expérience vécue ne peut être comprise à la lumière des scripts sexuels dominants, une réinterprétation devient nécessaire. Cette réinterprétation semble dépendre à la fois de facteurs individuels (p. ex. au niveau identitaire ou selon la personnalité) et interpersonnels (p. ex. en termes de contexte social et d'adhésion à des scripts alternatifs), quoique ces facteurs soient actuellement inconnus. Il importera de se pencher sur ceux-ci afin de comprendre comment de mêmes comportements peuvent revêtir des sens complètement différents, et de façon plus large, qu'est-ce qui influence l'interprétation que chacun.e fait de son répertoire sexuel, et pourquoi.

Dans une perspective globale et considérant les spécificités ici identifiées de la sexualité des FARSAF, une meilleure compréhension de leurs comportements sexuels, et ce, dès leur début, permettra d'ailleurs de s'assurer que les interventions en place pour celles-ci répondent à leurs besoins en santé sexuelle. Notamment, une valorisation de formes de sexualité autres que l'hétérosexualité définie par la pénétration, le coït phallovaginal et la perte de virginité dès les débuts de l'adolescence pourra permettre à toustes[3] – pas seulement aux adolescent.e.s issu.e.s de la diversité sexuelle – de développer un regard critique et holistique sur la sexualité en général. Ces connaissances pourront s'avérer particulièrement utiles pour les intervenant.e.s et les professionnel.le.s de la santé œuvrant auprès des adolescent.e.s, afin de pouvoir adéquatement adapter les interventions existantes à la réalité de chaque individu.

[3] « Toustes » est un pronom neutre et inclusif qui peut désigner à la fois une somme de personnes s'identifiant tant au genre masculin que féminin, mais aussi les personnes dont on ignore le genre, celles s'identifiant à un autre genre ou ne s'identifiant à aucun genre.

BIBLIOGRAPHIE DU TEXTE 2

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469-480. doi: 10.1037/0003-066x.55.5.469

Averett, P., Moore, A. et Price, L. (2014). Virginity Definitions and Meaning Among the LGBT Community. *Journal of Gay et Lesbian Social Services, 26*(3), 259-278. doi: 10.1080/10538720.2014.924802

Barnett, M. D., Fleck, L. K., Marsden, A. D. et Martin, K. J. (2017). Sexual semantics: The meanings of sex, virginity, and abstinence for university students. *Personality and Individual Differences, 106*, 203-208. doi: 10.1016/j.paid.2016.11.008

Bay-Cheng, L. Y. (2017). Seeing How Far I've Come: The Impact of the Digital Sexual Life History Calendar on Young Adult Research Participants. *Journal of Sex Research, 54*(3), 284-295. doi: 10.1080/00224499.2016.1139033

Bay-Cheng, L. Y., Robinson, A. D. et Zucker, A. N. (2009). Behavioral and relational contexts of adolescent desire, wanting, and pleasure: Undergraduate women's retrospective accounts. *Journal of Sex Research, 46*(6), 511-524. doi: 10.1080/00224490902867871

Belli, R. F. (1998). The structure of autobiographical memory and the event history calendar: potential improvements in the quality of retrospective reports in surveys. *Memory, 6*(4), 383-406. doi: 10.1080/741942610

Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open, 2*, 8-14. doi: 10.1016/j.npls.2016.01.001

Boislard, M. A. et Poulin, F. (2015). Limites des données autorapportées sur les comportements sexuels des adolescents. *Sexologies, 24*(1), 25-28. doi: 10.1016/j.sexol.2014.06.001

Boislard, M. A., van de Bongardt, D. et Blais, M. (2016). Sexuality (and Lack Thereof) in Adolescence and Early Adulthood: A Review of the Literature. *Behavioral Science (Basel), 6*(1). doi: 10.3390/bs6010008

Bolton, R. (1999). Mapping terra incognita: Sex research for AIDS prevention–an urgent agenda for the 1990s. Dans R. Parker et P. Aggleton (Eds.), *Culture, society and sexuality: A reader* (p. 434–456). UCL Press.

Byers, E. S., Henderson, J. et Hobson, K. M. (2009). University students' definitions of sexual abstinence and having sex. *Archives of Sexual Behavior, 38*(5), 665-674. doi: 10.1007/s10508-007-9289-6

Chandra, A., Copen, C. E. et Mosher, W. D. (2013). Sexual Behavior, Sexual Attraction, and Sexual Identity in the United States: Data from the 2006–2010 National Survey of Family Growth. Dans A. Baumle (Ed.), *International Handbook on the Demography of Sexuality* (International Handbooks of Population, Vol. 5.). Dordrecht: Springer.

Cohen, J. N. et Byers, E. S. (2014). Beyond lesbian bed death: enhancing our understanding of the sexuality of sexual-minority women in relationships. *Journal of Sex Research, 51*(8), 893-903. doi: 10.1080/00224499.2013.795924

Copen, C. E., Chandra, A. et Febo-Vazquez, I. (2016) Sexual behavior, sexual attraction, and sexual orientation among adults aged 18–44 in the United States: Data from the 2011–2013 national survey of family growth. Dans *Vol. 2016. National health statistics reports*: National Center for Health Statistics.

Diamond, L. M. (2015). Sexuality and same-sex sexuality in relationships. Dans *APA handbook of personality and social psychology, Volume 3: Interpersonal relations*. (p. 523-553). American Psychological Association. doi: 10.1037/14344-019

Diamond, L. M. (2016). Sexual Fluidity in Male and Females. *Current Sexual Health Reports, 8*(4), 249-256. doi: 10.1007/s11930-016-0092-z

Diorio, J. A. (2016). Changing Discourse, Learning Sex, and Non-coital Heterosexuality. *Sexuality & Culture, 20*(4), 841-861. doi: 10.1007/s12119-016-9359-9

Fédération du Québec pour le planning des naissances. (2015). Oui, non, peut-être: un outil pour pratiquer le consentement. Dans *Centre de documentation / Éducation sexuelle / Consentement*. Récupéré de https://www.fqpn.qc.ca/?bookmarks=oui-non-peut-etre-un-outil-pour-pratiquer-le-consentement

Goodenow, C., Szalacha, L. A., Robin, L. E. et Westheimer, K. (2008). Dimensions of sexual orientation and HIV-related risk among adolescent females: evidence from a statewide survey. *American Journal of Public Health, 98*(6), 1051-1058. doi: 10.2105/AJPH.2005.080531

Horowitz, A. D. et Bedford, E. (2017). Graded Structure in Sexual Definitions: Categorizations of Having "Had Sex" and Virginity Loss Among Homosexual and Heterosexual Men and Women. *Archives of Sexual Behavior, 46*(6), 1653-1665. doi: 10.1007/s10508-016-0905-1

Horowitz, A. D. et Spicer, L. (2013). "Having sex" as a graded and hierarchical construct: a comparison of sexual definitions among heterosexual and lesbian emerging adults in the U.K. *Journal of Sex Research, 50*(2), 139-150. doi: 10.1080/00224499.2011.635322

Lund, E. M., Thomas, K. B., Sias, C. M. et Bradley, A. R. (2016). Examining Concordant and Discordant Sexual and Romantic Attraction in American Adults: Implications for Counselors. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 10*(4), 211-226. doi: 10.1080/15538605.2016.1233840

BIBLIOGRAPHIE DU TEXTE 2 (SUITE)

Matthews, A. K., Hughes, T. L. et Tartaro, J. (2006). Sexual behavior and sexual dysfunction in a community sample of lesbian and heterosexual women. Dans A. M. Omoto et H. S. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people*. Washington D. C., US: American Psychological Association. doi: 10.1037/11261-009

Mojola, S. A. et Everett, B. (2012). STD and HIV risk factors among U.S. young adults: variations by gender, race, ethnicity and sexual orientation. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 44*(2), 125-133. doi: 10.1363/4412512

Morselli, D., Berchtold, A., Suris Granell, J. C. et Berchtold, A. (2016). On-line life history calendar and sensitive topics: A pilot study. *Computers in Human Behavior, 58*, 141-149. doi: 10.1016/j.chb.2015.12.068

Palinkas, L. A., Horwitz, A. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. et Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42*(5), 533-544. doi: 10.1007/s10488-013-0528-y

Pham, J. M. (2016). The Limits of Heteronormative Sexual Scripting: College Student Development of Individual Sexual Scripts and Descriptions of Lesbian Sexual Behavior. *Frontiers in Sociology, 1*. doi: 10.3389/fsoc.2016.00007

Preciado, M. A. et Johnson, K. L. (2014). Perceived consequences of hypothetical identity-inconsistent sexual experiences: effects of perceiver's sex and sexual identity. *Archives of Sexual Behavior, 43*(3), 505-518. doi: 10.1007/s10508-013-0113-1

Savin-Williams, R. C., Joyner, K. et Rieger, G. (2012). Prevalence and stability of self-reported sexual orientation identity during young adulthood. *Archives of Sexual Behavior, 41*(1), 103-110. doi: 10.1007/s10508-012-9913-y

Savoie-Zajc, L. (2016). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier et I. Bourgeois (Eds.), *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données* (6e édition, p. 337-364). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.

Schick, V. R., Rosenberger, J. G., Herbenick, D., Collazo, E., Sanders, S. A. et Reece, M. (2016). The Behavioral Definitions of "Having Sex With a Man" and "Having Sex With a Woman" Identified by Women Who Have Engaged in Sexual Activity With Both Men and Women. *Journal of Sex Research, 53*(4-5), 578-587. doi: 10.1080/00224499.2015.1061632

Séguin, L. J., Rodrigue, C. et Lavigne, J. (2018). Consuming ecstasy: Representations of male and female orgasm in mainstream pornography. *The Journal of Sex Research, 55*(3), 348-356 doi: 10.1080/00224499.2017.1332152.

Sewell, K. K., McGarrity, L. A. et Strassberg, D. S. (2017). Sexual Behavior, Definitions of Sex, and the Role of Self-Partner Context Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults. *Journal of Sex Research, 54*(7), 825-831. doi: 10.1080/00224499.2016.1249331

Simon, W. et Gagnon, J. H. (1986). Sexual scripts: Permanence and change. *Archives of Sexual Behavior, 15*(2), 97-120. doi: 10.1007/BF01542219

Thomas, D. R. (2016). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation, 27*(2), 237-246. doi: 10.1177/1098214005283748

Williams, L. (1989). *Hard Core: Power, Pleasure, and the "Frenzy of the Visible"*. Berkeley University of California Press.

L'ANALYSE DE CLASSES LATENTES POUR MIEUX COMPRENDRE LA SYNDÉMIE CHEZ LES HARSAH À MONTRÉAL

Pierre-André Marquis, M.A. (c.), Joanne Otis, Ph. D. et Carl Rodrigue, Ph. D. (c.)

RÉSUMÉ

Selon le concept de la syndémie, la cooccurrence de problèmes de santé augmenterait les risques de contracter le VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Entre 2016 et 2017, 714 HARSAH à Montréal de 18 ans et plus ont répondu à une enquête en ligne s'intéressant à leur santé globale et à leur accès aux services de santé. Pour déterminer si les hommes pouvaient se regrouper selon leur profil syndémique, une analyse de classes latentes a été effectuée et les différences entre les classes ont été testées. Trois classes ont été identifiées : la classe *santé globale favorable et comportements sécuritaires* (66 % de l'échantillon) présente de faibles probabilités par rapport à la présence de problèmes de santé, la classe *santé psychologique précaire et polyvictimisation* (25 %) présente des probabilités élevées quant aux indicateurs de santé psychologique précaire et de violences vécues, et, enfin, la classe *santé psychologique favorable et comportements à risque* (9 %) présente une probabilité élevée de consommation de drogues et de statut VIH positif, mais une santé relativement bonne sur le plan global. Les différents problèmes de santé sont distribués de façon spécifique chez des sous-groupes aux profils distincts.

Pour citer ce texte
Marquis, P.-A., Otis, J. et Rodrigue, C. (2020). L'analyse de classes latentes pour mieux comprendre la syndémie chez les HARSAH à Montréal. Dans A. Gauthier-Duchesne, S. Maiorano et J. Descheneaux (dir.), *Actes de colloque de la 7e édition de la Journée étudiante annuelle de la recherche en sexologie* (p. 26-37). Montréal : Les 3 sex*.
Récupéré de https://les3sex.com/fr/jears2019

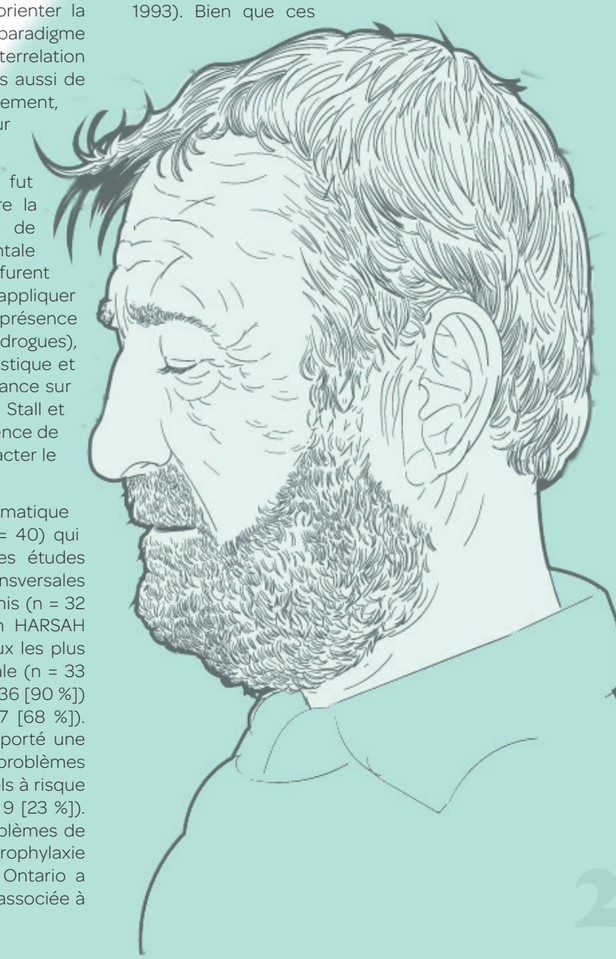
INTRODUCTION

Au Canada, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) sont plus à risque d'expérimenter différents problèmes de santé, lorsque comparés aux hommes hétérosexuels. Il s'agit du groupe le plus à risque de contracter le VIH. Plus de 50 % (52 %) des Canadien.ne.s vivant avec le VIH sont des HARSAH (Agence de santé publique du Canada, 2018). La prévalence de divers problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, tentatives de suicide) est significativement plus élevée chez les HARSAH (King *et al.*, 2008; Plöderl et Tremblay, 2015). Ils présentent aussi une consommation d'alcool et de drogues plus importante que le reste de la population (Marshal *et al.*, 2011; Wolitski, Stall et Valdiserri, 2008) et leur risque à vie de contracter des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) est plus élevé (Brennan, Ross, Dobinson, Veldhuizen et Steele, 2010). Bien que ces constats soient bien étayés dans la littérature, les études menées pour comprendre ces problèmes de santé et leurs interrelations se sont presque exclusivement concentrées sur la santé sexuelle des HARSAH, ignorant une part importante des enjeux relatifs à leur santé. Cela peut être attribué au fait que la recherche sur les HARSAH est souvent liée au VIH (Wolitski *et al.*, 2008). Il est nécessaire d'orienter la recherche sur la santé des HARSAH vers un paradigme plus intégré. Il importe de tenir compte de l'interrelation entre les différents problèmes de santé, mais aussi de l'influence des facteurs sociaux, de l'environnement, ainsi que des vulnérabilités personnelles sur leur santé.

La syndémie. Le terme « syndémie » fut utilisé pour la première fois afin de décrire la cooccurrence et le renforcement mutuel de différents problèmes de santé physique et mentale (Singer, 1994). Stall et ses collègues (2003) furent parmi les premiers et premières auteur.e.s à appliquer le concept de syndémie en mesurant la coprésence de consommation de substances (alcool et drogues), de symptômes dépressifs, de violence domestique et d'agression.s sexuelle.s vécue.s pendant l'enfance sur le risque d'infection au VIH chez les HARSAH. Stall et ses collègues avaient conclu que la cooccurrence de ces facteurs augmentait les risques de contracter le VIH.

En 2015, Tsai et Burns ont publié une revue systématique sur les articles portant sur la syndémie (N = 40) qui a permis de constater que la majorité des études étaient basées sur un modèle d'analyses transversales (n = 32 [80 %]), ont été menées aux États-Unis (n = 32 [80 %]) et s'intéressaient à une population HARSAH (n = 21 [53 %]). Les problèmes psychosociaux les plus fréquemment étudiés étaient la santé mentale (n = 33 [83 %]), la consommation de substances (n = 36 [90 %]) et la violence interpersonnelle subie (n = 27 [68 %]). Toutes les études (n = 40 [100 %]) ont rapporté une association significative entre un ou plusieurs problèmes psychologiques et des comportements sexuels à risque (n = 29 [73 %]) ou une infection au VIH (n = 9 [23 %]). Une étude portant sur la prévalence des problèmes de santé chez des HARSAH ayant recours à la prophylaxie postexposition (PPE) dans une clinique en Ontario a conclu qu'un haut niveau de syndémie était associée à une augmentation des risques de contracter le VIH, et ce, particulièrement chez les plus jeunes (Morrison *et al.*, 2018). Ferlatte, Hottes, Trussler et Marchand (2014) se sont intéressés à la syndémie et aux liens entre les expériences d'homophobie, de détresse psychologique et de risque de contracter le VIH auprès de jeunes Canadiens gais et bisexuels (N = 1 470). Les auteurs ont remarqué que plus les hommes rapportaient avoir subi des expériences homophobes, plus ils manifestaient des symptômes de détresse psychologique. Or, le nombre de symptômes de détresse psychologique est corrélé avec le risque de contracter le VIH.

Les variables de l'âge, du revenu, du statut relationnel, du nombre de partenaires sexuel.le.s, des comportements sexuels à risque et de l'utilisation de la prophylaxie préexposition (PrEP) sont rapportées dans la littérature comme des facteurs pouvant affecter la syndémie (Ferlatte *et al.*, 2014; Hirshfield *et al.*, 2015; Morrison *et al.*, 2018). De plus, des auteur.e.s estiment que le sentiment d'appartenance à la communauté gaie, l'*empowerment* individuel et communautaire, ainsi que le haut pourcentage d'amis gais sont des variables corrélées positivement à une bonne santé globale chez les HARSAH (Israel et Schurman, 1990; Turner, Hays, et Coates, 1993). Bien que ces



données datent, des études récentes semblent les supporter. En effet, le support par les pairs est lié à la mise en place de stratégies de prévention du VIH (Painter *et al.*, 2019), alors qu'un faible support social est associé à une augmentation de la syndémie (Friedman *et al.*, 2017).

OBJECTIF ET HYPOTHÈSE

L'objectif général de cette étude est de caractériser la syndémie afin de mieux comprendre comment les différents problèmes de santé sont répartis au sein de la communauté HARSAH, et de déterminer quels hommes sont les plus susceptibles d'avoir un haut niveau de syndémie. L'hypothèse est que les problèmes de santé ne sont pas distribués uniformément parmi les HARSAH, mais bien cumulés par certains sous-groupes et absents chez d'autres. L'analyse des données permettra de regrouper les hommes ayant un profil syndémique similaire. Ces groupes seront ensuite comparés et analysés en fonction des problèmes de santé qu'ils présentent, mais aussi selon les caractéristiques des hommes qui les composent (âge, niveau d'éducation, statut relationnel, comportements sexuels à risque, etc.). Cette recherche permettra de mieux saisir la concomitance de certains problèmes de santé chez les HARSAH à Montréal et de mieux cibler les hommes à risque de connaître un haut niveau de syndémie.

L'hypothèse est que les problèmes de santé ne sont pas distribués uniformément parmi les HARSAH, mais bien cumulés par certains sous-groupes et absents chez d'autres.

MÉTHODOLOGIE

Collecte de données et participants. La recherche s'inscrit dans le cadre de *Mobilise!*, un projet de recherche interventionnel. À l'aide d'une enquête en ligne, des données servant à comprendre les besoins de santé des HARSAH à Montréal et leurs barrières d'accès aux services de santé ont été recueillies. La collecte de données s'est échelonnée de mai 2016 à janvier 2017 et a rejoint 1 028 répondants, desquels 70 % (n = 727) ont rempli le questionnaire jusqu'à la fin. Le questionnaire s'adressait à des hommes (cis ou trans) ayant eu des relations sexuelles avec un ou des hommes, âgés de 18 ans ou plus, comprenant le français ou l'anglais et vivant sur l'île de Montréal ou y utilisant les services. Le projet a été approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal.

Variables. Afin de mesurer la syndémie, les indicateurs suivants ont été considérés : la détresse psychologique (Kessler *et al.*, 2002), la consommation à risque de drogues (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009), l'homophobie intériorisée (Mohr et Kendra, 2011), les violences et discriminations vécues, la violence vécue dans une relation amoureuse (Stephenson, Hall, Williams, Sato et Finneran, 2013), les agressions sexuelles pendant l'enfance, le diagnostic d'ITSS dans les 12 derniers mois et le statut sérologique au VIH.

Inspirées des études sur la syndémie, les caractéristiques individuelles suivantes des hommes ont été mesurées : l'âge, le plus haut diplôme d'études obtenu, le revenu annuel, le statut relationnel, le sentiment d'appartenance à la communauté gaie, l'*empowerment* individuel et communautaire (Israel, Checkoway, Schulz et Zimmerman, 1994), le pourcentage d'amis gais, le nombre de partenaires sexuel.le.s dans les 12 derniers mois, les comportements sexuels à risque dans les 12 derniers mois (relation sexuelle anale non protégée avec un.e partenaire de statut sérologique inconnu ou séropositif avec une charge virale détectable ou inconnue), l'utilisation de la PrEP et les mesures de santé autorapportées (physique, psychologique et sexuelle).

Analyses. Une analyse de classes latentes (ACL) a été effectuée à l'aide du logiciel Latent Gold 5.1 afin de s'intéresser à l'agencement entre les différents problèmes de santé. L'ACL permettait de rassembler les hommes ayant un profil similaire, considérant les indicateurs de syndémie sélectionnés, et de déterminer un nombre optimal de classes basé sur des choix statistiques (Tein, Coxe et Cham, 2013). D'une part, le nombre optimal de classes a été déterminé à partir de deux indices d'ajustement, soit le *Bayesian information criterion* (BIC) et le *sample-ajusted BIC* (SABIC) (Tein *et al.*, 2013). D'autre part, le test de Lo-Mendell-Rubin BLMR avec *bootstrap* (BLMR) a permis de calculer les indices d'ajustement et de comparer les modèles pour identifier le modèle optimal (Tein *et al.*, 2013). Les noms des classes ont été choisis selon leur capacité à décrire le profil syndémique des participants y appartenant. Les classes syndémiques ont été comparées en fonction des caractéristiques personnelles des participants. Pour ce faire, des comparaisons ont été faites grâce à une analyse s'apparentant à des Chi-2 et à des ANOVA (Vermunt et Magidson, 2016). Une correction de Bonferroni a permis d'ajuster la valeur *p* lors des comparaisons entre les classes afin d'éviter l'erreur de type I.

RÉSULTATS

Composition de l'échantillon. Un total de 714 HARSAH, âgés de 18 à 72 ans (M = 39,7), ont répondu à l'ensemble du questionnaire. Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants.

Tableau 1. Caractéristiques des participants

HARSAH (N = 714)	n (%)
Variables sociodémographiques	
Âge (moyenne ± É.T.)	39,7 ± 13,2
Âge par catégories	
18 à 24 ans	83 (11,7)
25 à 34 ans	214 (30,0)
35 à 44 ans	163 (22,9)
35 ans et plus	252 (35,4)
Groupe ethnique (identité principale)	
Blanc, caucasien	628 (88,3)
Latino, hispanique	5 (4,9)
Moyen-oriental, Maghrébin, Arabe	15 (2,1)
Noir (Haïtien, Jamaïcain, Africain)	10 (1,4)
Asiatique (Chinois, Japonais, Vietnamien)	8 (1,1)
Autochtone	1 (0,1)
Autres	15 (2,1)
Orientation sexuelle	
Homosexuel	615 (86,2)
Bisexuel	58 (8,1)
Autres (hétérosexuel, queer, pansexuel, autre)	41 (5,7)
Statut relationnel	
Célibataire, séparé ou veuf	386 (54,5)
En relation, union civile	322 (45,5)
Éducation	
Diplôme collégial ou moins	300 (42,1)
Diplôme universitaire	413 (57,9)
Revenus annuels	
Moins de 20 000 $	148 (21,8)
Entre 20 000 $ et 59 999 $	313 (46,0)
60 000 $ et plus	219 (32,2)
Variables identitaires	
Appartenance à la communauté (moyenne)	3,39 ± 1,22
Empowerment (moyenne)	
Empowerment général	2,86 ± 0,50
Empowerment individuel	3,39 ± 0,65
Empowerment communautaire	2,64 ± 0,59
Pourcentage d'amis gais	
La majorité ou plus	444 (62,3)
Variables comportementales	
Comportements sexuels à risque (oui)	58 (8,3)
Utilisation de la PrEP dans les 12 derniers mois (oui)	71 (11,9)
Nombre de partenaires sexuel.le.s (12 derniers mois)	
Aucun.e	120 (18,6)
1	75 (11,6)
2 à 5	131 (20,3)
6 et plus	320 (49,5)
Mesures de santé autorapportées	
Bonne santé physique (oui)	585 (82,6)
Bonne santé globale (oui)	488 (69,1)
Bonne santé sexuelle (oui)	531 (75,1)

Analyse de classes latentes. Statistiquement, la solution présentant les plus bas indices de BIC et de SABIC est préférable. La solution à 2 classes a été celle avec le meilleur BIC, alors que la solution à 3 classes a présenté un meilleur SABIC (voir le tableau 2). De plus, le test BLMR a révélé une différence significative entre les solutions à 2 et à 3 classes, mais aucune différence significative entre les solutions à 3 et à 4 classes. La solution à 3 classes permettait de comprendre la syndémie de façon plus sensible, considérant les multiples réalités des participants. Une solution à 2 classes diminuerait substantiellement la valeur ajoutée d'une telle démarche. Pour ces raisons, la solution à 3 classes a été retenue comme la meilleure.

Tableau 2. Indices d'ajustement pour l'analyse de classes latentes

Nombre de classes latentes	*Log-likelihood*	BIC[a]	SABIC[b]	Nombre de paramètres	*Entropy* R^2
1	-3488,9444	7050,1684	7015,2406	11	1
2	-3409,9502	6957,8889	6891,2085	21	0,5044
3	-3384,717	6973,1315	6874,6985	31	0,5602
4	-3372,7634	7014,9331	6884,7475	41	0,4972
5	-3364,1512	7063,4175	6901,4794	51	0,5039
6	-3353,4562	7107,7363	6914,0457	61	0,5739
7	-3345,9633	7158,4592	6933,016	71	0,6814
8	-3340,9871	7214,2156	6957,0199	81	0,5711

[a]*Bayesian Information Criterion*, [b]*Sample-Adjusted Bayesian Information Criterion*, Bootstrap -2LL diff = 50,4662, $p < 0,0001$, 3 vs 2, Bootstrap -2LL diff = 23,9072, $p = 0,0960$, 4 vs 3

Description des classes selon leur profil syndémique. L'analyse de classes latentes a permis d'identifier trois classes : la première est *santé globale favorable et comportements sécuritaires*, la deuxième est *santé psychologique précaire et polyvictimisation* et la troisième est *santé psychologique favorable et comportements à risque*. À l'exception de l'homophobie intériorisée, tous les indicateurs syndémiques diffèrent significativement entre les trois classes. Le tableau 3 présente les probabilités d'appartenance de chacune des classes selon les indicateurs de syndémie.

En comparant les classes entre elles, il est possible de remarquer que la classe 2 présente une probabilité estimée significativement plus importante que les classes 1 et 3 de vivre une détresse psychologique élevée, de vivre deux formes de violence ou plus dans différents contextes sociaux, de vivre de la violence dans les relations amoureuses et de ne pas connaître son statut sérologique au VIH. Il est aussi plus probable pour les hommes de la classe 2 d'avoir vécu une ou des agression.s sexuelle.s pendant l'enfance que ceux de la classe 1. Les hommes de la classe 3 présentent une probabilité estimée significativement plus importante que la classe 1 d'avoir une consommation à risque de drogues . Aussi leur chance de n'avoir connu aucune violence et/ou discrimination est-elle plus élevée que ceux de la classe 2, mais inférieure à ceux de la classe 1. Enfin, ils sont significativement plus à risque d'avoir reçu un diagnostic d'ITSS et d'être séropositifs que les hommes des deux autres classes.

Tableau 3. Probabilité d'appartenance sur les indicateurs de syndémie par classe

HARSAH (N = 714)	Santé globale favorable et comportements sécuritaires	Santé psychologique précaire et polyvictimisation	Santé psychologique favorable et comportements à risque	Wald	*p*
Probabilité d'appartenir à la classe	66 %	25%	9%		
Détresse psychologique					
Niveau de détresse élevé	0,04[a]	0,38[b]	0,05[a]	37,8	< 0,001
Niveau de détresse modéré	0,42[a]	0,53[a]	0,45[a]		
Niveau de détresse faible	0,54[a]	0,09[b]	0,50[a]		
Consommation à risque de drogues	0,16[a]	0,31[ab]	0,97[b]	10,24	< 0,05
Homophobie intériorisée	0,10	0,19	0,00	5,36	0,069
Violences et/ou discriminations vécues					
Aucune	0,89[a]	0,37[b]	0,66[c]	42,82	< 0,001
Une seule forme	0,10[a]	0,30[a]	0,23[a]		
Deux formes ou plus	0,01[a]	0,34[b]	0,11[c]		
Violence dans les relations amoureuses	0,12[a]	0,64[b]	0,21[a]	46,97	< 0,001
Agression.s sexuelle.s pendant l'enfance	0,22[a]	0,42[b]	0,26[ab]	13,69	< 0,001
Diagnostic d'ITSS	0,16[a]	0,22[a]	0,61[b]	122,1	< 0,001
Statut sérologique au VIH					
Séropositif	0,12[a]	0,09[a]	0,51[b]	35,60	< 0,001
Séronégatif	0,80[a]	0,73[a]	0,38[a]		
Inconnu	0,07[a]	0,19[b]	0,11[a]		

Note : Les proportions et moyennes partagées diffèrent statistiquement à $p < 0,017$ dans les analyses par paires *post hoc* (valeur ajustée pour une tolérance à l'erreur de type I établi à 0,05).

Caractéristiques des classes selon leur profil syndémique. À l'exception de l'*empowerment* communautaire, toutes les variables diffèrent significativement entre l'une ou l'autre des trois classes. Le tableau 4 présente les caractéristiques des hommes selon leur classe.

Comparativement aux hommes des classes 1 et 3, les hommes de la classe 2 sont proportionnellement plus nombreux dans le groupe d'âge de 18 à 24 ans, ont moins de chance d'avoir un diplôme universitaire et de gagner plus de 20 000 $. Ils ont aussi une moyenne d'*empowerment* général plus faible et sont plus nombreux à évaluer comme mauvaise leur santé physique et psychologique. Si comparés aux hommes de la classe 1, ils sont significativement moins en relation et sont plus nombreux à avoir eu des comportements sexuels à risque et à avoir évalué leur santé sexuelle comme étant mauvaise. Comparativement aux hommes des classes 1 et 2, ceux de la classe 3 sont proportionnellement plus nombreux à avoir une majorité d'amis gais et à avoir eu plus de six partenaires

Tableau 4. Caractéristiques des hommes selon leur classe

HARSAH (N = 714)	Santé globale favorable et comportements sécuritaires	Santé psychologique précaire et polyvictimisation	Santé psychologique favorable et comportements à risque	Wald	*p*
Variables sociodémographiques					
Âge					
18 à 24 ans	6,7[a]	26,1[b]	7,9[a]	29,66	< 0,001
25 à 34 ans	29,9[a]	31,3[a]	28,1[a]		
35 à 44 ans	21,5[a]	26,3[a]	23,4[a]		
45 ans et plus	41,9[a]	16,3[b]	40,7[a]		
Éducation					
Collégial et moins	37,2[a]	59,2[b]	47,4[a]	7,71	< 0,001
Universitaire (1er à 3e cycle)	62,8[a]	47,1[b]	52,6[a]		
Revenus annuels					
Moins de 20 000 $	14,8[a]	40,2[b]	22,3[a]	28,87	< 0,001
Entre 20 000 $ et 59 999 $	44,4[a]	50,6[a]	45,6[a]		
60 000 $ et plus	40,8[a]	9,3[b]	32,2[a]		
Statut relationnel					
En relation, union civile	51,7[a]	57,3[b]	49,7[ab]	15,75	< 0,001
Variables liées à l'identité HARSAH					
Appartenance à la communauté	3,41[a]	3,19[a]	3,78[b]	10,3	< 0,01
Empowerment (moyenne)					
Empowerment général	2,94[a]	2,60[b]	2,97[a]	17,87	< 0,001
Empowerment individuel	3,64[a]	2,56[b]	3,57[a]	200,25	< 0,001
Empowerment communautaire	2,67	2,53	2,75	4,19	0,12
Pourcentage d'amis gais					
La majorité ou plus	38,4[a]	26,4[a]	63,7[b]	13,32	< 0,01
Variables comportementales					
Comportements sexuels à risque (12 derniers mois)	5,4[a]	14,7[b]	11,4[ab]	8,01	< 0,05
Utilisation de la PrEP (à vie)	9,9[a]	12,6[ab]	28,3[b]	7,17	< 0,05
Nombre de partenaires sexuel.le.s (12 derniers mois)					
Aucun.e	20,2[a]	19,9[a]	3,4[b]	39,77	< 0,001
1	12,5[a]	13,6[a]	0,2[b]		
2 à 5	21,1[a]	24,7[a]	3,1[b]		
6 et plus	46,2[a]	41,8[a]	93,3[b]		
Mesures de santé autorapportées					
Bonne santé physique	90,7[a]	59,0[b]	88,8[a]	44,24	< 0,001
Bonne santé globale	85,6[a]	22,3[b]	77,6[a]	82,78	< 0,001
Bonne santé sexuelle	85,0[a]	49,3[b]	73,9[ab]	45,02	< 0,001

Note : Les proportions et moyennes partagées diffèrent statistiquement à $p < 0,017$ dans les analyses par paires *post hoc* (valeur ajustée pour une tolérance à l'erreur de type I établi à 0,05).

sexuel.le.s dans la dernière année. Ils ont aussi un sentiment d'appartenance à la communauté plus élevé. Il est plus probable que les hommes de la classe 3 aient déjà utilisé la PrEP que les hommes de la classe 1.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de caractériser la syndémie chez les HARSAH à Montréal et d'identifier les hommes les plus vulnérables à expérimenter de multiples problèmes de santé et des violences systémiques. L'hypothèse selon laquelle les problèmes de santé ne sont pas distribués de façon homogène est confirmée.

Les hommes de la première classe *santé globale favorable et comportements sécuritaires* ont les probabilités estimées les plus faibles quant à l'ensemble des indicateurs syndémiques (en excluant l'homophobie intériorisée qui n'est pas significative, p = 0,07). Le niveau de syndémie est ainsi plus faible dans cette classe. Considérant que la classe 1 représente une part importante de l'échantillon, il est possible d'émettre que la majorité des HARSAH de l'étude sont en bonne santé. L'idée selon laquelle un groupe composé d'HARSAH est nécessairement plus à risque de connaître différents problèmes de santé physique et mentale est remise en question. Elle n'est pas fausse, mais le facteur causal semble être mal identifié. Le fait d'avoir des relations sexuelles avec des hommes n'explique pas le grand nombre de problèmes de santé. Ce qui semble surtout l'expliquer est plutôt les expériences négatives (violence et homophobie) liées au fait d'appartenir à un groupe minoritaire, comme en témoigne la classe 2. Ce changement d'attribution transforme la compréhension et l'analyse des besoins de santé des HARSAH. Le rapport au facteur causal devient ainsi plus concret et actif puisque, contrairement à l'orientation sexuelle, la violence et l'homophobie peuvent être adressées et changées. Enfin, il faut noter que bien que la classe 1 soit moins touchée par les problèmes de santé lorsque comparée aux deux autres classes, elle demeure plus à risque que la population générale de vivre avec le VIH ou d'avoir subi une ou des agression.s sexuelle.s pendant l'enfance (Agence de santé publique du Canada, 2018; Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff et Joly, 2009).

Des trois classes, la classe 2, *santé psychologique précaire et polyvictimisation*, a le niveau de syndémie le plus élevé, puisque les hommes qui la composent sont davantage touchés par un plus grand nombre de problèmes de santé. Le risque élevé d'avoir vécu différentes formes de violence et notamment une ou des agression.s sexuelle.s pendant l'enfance est très élevé dans cette classe. Or, une ou des agression.s sexuelle.s pendant l'enfance augmente.nt les risques de connaître des problèmes de santé mentale et physique à l'âge adulte (Kamiya, Timonen et Kenny, 2016; Pietrzak, Goldstein, Southwick et Grant, 2012). Aussi, selon la littérature, de fortes interrelations ont été identifiées entre les facteurs syndémiques de dépression, d'agression.s sexuelle.s pendant l'enfance, de violence dans une relation amoureuse et de consommation de drogues (Greene, Neria et Gross 2016; Parsons, Groc et Golub, 2012; Pérez-Fuentes *et al.*, 2013). La classe 2 présente aussi des vulnérabilités individuelles comme une santé mentale précaire, un faible revenu, un score d'*empowerment* moins élevé, des comportements sexuels à risque, et semble avoir un faible soutien social (les hommes de cette classe ont moins d'amis gais et sont moins en relation). Ces vulnérabilités et les agressions sexuelles pendant l'enfance sont reconnues pour augmenter le risque de revictimisation (Fargo, 2009; Pittenger, Huit et Hansen, 2016; Strøm, Hjemdal, Myhre, Wentzel-Larsen et Thoresen, 2017). Les expériences de polyvictimisation peuvent mener à un ensemble de problèmes de santé physique et psychologique tout au long de la vie (Andersen, Zou et Blosnich, 2015). Les expositions répétées aux traumas ont un impact cumulatif sur la santé mentale et physique des individus (Nilsson, Dahlstöm, Priebe et Svedin, 2015; Ogle, Rubin et Siegler, 2014). En ce sens, la polyvictimisation partage plusieurs éléments avec le concept de la syndémie : chaque nouvelle victimisation exacerbe les conséquences négatives sur la personne et augmente ses chances d'être victime à nouveau. Globalement, les individus de la diversité sexuelle rapportent plus de victimisation que les personnes hétérosexuelles, particulièrement en milieu scolaire et familial (Katz-Wise et Hyde, 2012; Schwab-Reese, Currie, Mishra et Peek-Asa, 2018). Conformément aux études précédentes sur la syndémie, les hommes de cette classe ont plus de comportements sexuels à risque que les hommes qui connaissent un niveau de syndémie moins élevé (Ferlatte *et al.*, 2014 ; Morrison *et al.*, 2018; Tsai et Burns, 2015).

Le fait d'avoir des relations sexuelles avec des hommes n'explique pas le grand nombre de problèmes de santé. Ce qui semble surtout l'expliquer est plutôt les expériences négatives (violence et homophobie) liées au fait d'appartenir à un groupe minoritaire [...]

Les hommes de la troisième classe (*santé psychologique favorable et comportements à risque*) se démarquent, entre autres, par leur consommation à risque de drogues et par leur nombre plus élevé de partenaires sexuel.le.s. Ils ont une détresse psychologique peu élevée et évaluent positivement leur santé globale. Leur profil semble ainsi correspondre au trait de recherche de sensations. Effectivement, les personnes à la recherche de sensations rapportent une grande ouverture aux nouvelles expériences, un nombre élevé d'expériences sexuelles, des comportements sexuels à risque et une consommation importante de drogues et d'alcool (Oshri, Tubman, Morgan-Lopez, Saavedra et Csizmadia, 2013; Voisin, King, Schneider, DiClemente et Tan, 2012). La recherche de sensations est souvent perçue comme un facteur de risque, notamment de l'infection au VIH (Newcomb, Clerkin et Mustanski, 2011). Or, les données de cette étude ne vont pas en ce sens. La classe 3 n'a pas significativement plus de comportements sexuels à risque que la classe 1. Une raison pouvant expliquer l'absence de différence est l'utilisation, par la classe 3, des moyens de protection biomédicaux hautement efficaces (PrEP et considération de la charge virale indétectable). Ces hommes se démarquent aussi en ayant une appartenance à la communauté gaie plus élevée et une majorité d'amis gais. Ils semblent ainsi avoir intégré une identité gaie claire et positive. Le développement de l'identité gaie est un processus qui inclut l'identification aux désirs et sentiments envers les personnes du même sexe, une adoption des comportements, des normes et des attitudes associées à la culture gaie (Gélina-Vargas, 1999). L'acceptation de son identité gaie est fortement associée au soutien social, lequel est associé au bien-être général (Turner *et al.*, 1993). Le fait de partager les valeurs de la communauté augmente aussi la connaissance des stratégies de réduction des risques (Kelly *et al.*, 1995). En effet, le support par les pairs prédit la mise en place de stratégies de protection contre le VIH, comme le dépistage régulier et le port du condom (Carlos *et al.*, 2010; Scott *et al.*, 2014). Ces éléments peuvent expliquer leur bonne santé psychologique et le fait qu'ils évaluent positivement leur santé globale, malgré les difficultés qu'ils rencontrent. Le soutien social et le développement d'une identité gaie positive seraient dans ce cas des facteurs de protection.

Cette étude réaffirme l'importance de comprendre les problèmes de santé comme étant complexes et en constante interaction avec les vulnérabilités individuelles des hommes. En effet, certaines caractéristiques, comme avoir moins de 25 ans, ne pas avoir de diplôme universitaire, avoir un revenu inférieur à 20 000 dollars ou avoir un sentiment d'*empowerment* faible semblent être associées à un nombre élevé de problèmes de santé, comme en témoigne la classe 2. Au contraire, lorsque ces caractéristiques sont peu présentes, les problèmes de santé seraient aussi moins nombreux, comme au sein de la classe 1. À la lumière des comparaisons entre les classes, les violences vécues et les vulnérabilités individuelles seules ne permettent pas d'expliquer complètement la syndémie. Il faut aussi considérer la façon dont la personne intériorise et réagit à l'adversité à laquelle elle fait face. La classe 2 semble intérioriser davantage les violences et vivre plus d'isolement, caractérisé notamment par un retrait de la vie communautaire gaie. Pour sa part, la classe 3 semble moins affectée par la violence. Elle s'engage aussi plus activement dans la communauté gaie.

LIMITES

L'échantillon n'est pas aléatoire puisque les participants ont répondu de façon volontaire au questionnaire. La grande majorité des hommes sont caucasiens et évoluent en contexte urbain. Il est donc impossible de généraliser les résultats à l'ensemble des HARSAH. Le biais de désirabilité sociale a pu pousser les répondants à diminuer l'importance de certains problèmes de santé. Cependant, le fait que le questionnaire ait été rempli en l'absence d'intervieweur et de façon anonyme atténuerait ce biais. Un biais de mémoire est aussi présent, notamment pour les questions demandant au participant de se rappeler ses comportements des 12 derniers mois. Aussi, la recherche est basée sur l'analyse de données secondaires qui avaient d'abord été collectées pour le projet *Mobilise!*, qui devait dresser un portrait exhaustif de la santé des HARSAH à Montréal, mais qui n'avait pas comme objectif de s'intéresser particulièrement à la syndémie. Ainsi, la précision avec laquelle certaines variables ont été mesurées est diminuée et certaines variables d'intérêt n'ont pas pu être considérées, comme la consommation d'alcool et la compulsion sexuelle.

RECOMMANDATIONS

Les données de l'étude montrent que les problèmes de santé des HARSAH ne sont pas distribués uniformément au sein de la population, tout comme leurs besoins. Il importe ainsi de développer une approche de soins adaptée au profil de la personne et adressant de façon simultanée les problèmes de santé concomitants. Un traitement unique et ciblé serait contraire à l'application d'une compréhension syndémique de l'état de santé de la personne. Des ententes sur les couloirs de services dans le réseau de la santé permettraient de répondre simultanément aux différents problèmes de santé. La formation des intervenant.e.s et des professionnel.le.s de la santé œuvrant auprès de la clientèle des HARSAH doit aussi être mise de l'avant afin qu'ils et elles soient en mesure de détecter ou de diagnostiquer les différents problèmes de santé. Être en mesure de détecter les problèmes de santé leur permettrait de mieux orienter le traitement et la prévention, selon que l'homme correspond davantage au profil de la classe 1, 2 ou 3. L'accès gratuit aux services de santé et notamment aux professionnel.le.s en santé mentale doit être accentué, considérant les besoins importants de ce groupe. Les résultats, notamment ceux concernant la classe *santé psychologique précaire et polyvictimisation*, soulignent le rôle probable qu'occupent la violence, la discrimination et l'homophobie dans le développement de

La formation des intervenant.e.s et des professionnel.le.s de la santé œuvrant auprès de la clientèle des HARSAH doit aussi être mise de l'avant afin qu'ils et elles soient en mesure de détecter ou de diagnostiquer les différents problèmes de santé.

l'ensemble des problèmes de santé, et particulièrement sur le risque de contracter le VIH et de développer de la détresse psychologique. En ce sens, les problèmes de santé et la syndémie seraient exacerbés et émergeraient de ces violences. Cette considération doit motiver les décideurs et décideuses à développer des campagnes de sensibilisation et de lutte à la stigmatisation reliée à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre pour diminuer la syndémie chez les HARSAH. Des programmes d'éducation sexuelle dans les milieux scolaires permettraient notamment d'aborder ces thèmes et de rejoindre un grand pan de la population. L'étude pointe aussi les bienfaits des technologies de protection biomédicales (PrEP et antirétroviraux) sur la santé globale, en protégeant notamment les hommes séronégatifs de la classe 3 d'être infectés par le VIH malgré leur nombre élevé de partenaires sexuel.le.s et leur consommation à risque de drogues. Il est important de promouvoir l'accès à ces traitements biomédicaux chez tous les HARSAH et de continuer à les développer. Concernant les recherches futures, il importe d'inclure une plus grande diversité ethnique dans les échantillons pour permettre une meilleure généralisation des résultats, s'approchant davantage du portrait populationnel réel. Finalement, l'étude pointe l'importance de s'intéresser aux sous-groupes à l'intérieur même du groupe composé par les HARSAH, et de se départir de la conception selon laquelle les HARSAH forment un groupe homogène. La non-considération de ces différences intragroupe est un biais important à la recherche ciblée chez les HARSAH puisqu'elle affecte la compréhension réelle et les implications utiles de telles recherches. Des recherches futures gagneraient, pour mieux saisir les problèmes de santé chez les HARSAH, à rectifier les critères de sélection et à s'intéresser, par exemple, aux HARSAH qui sont victimes de violences homophobes.

CONCLUSION

Cette étude avait pour but de caractériser la syndémie chez les HARSAH à Montréal et d'identifier les hommes les plus vulnérables face aux différents problèmes de santé. Elle postulait également que les différents problèmes de santé ne seraient pas distribués de façon homogène parmi ces hommes. L'analyse de classes latentes a permis d'identifier trois classes : *santé globale favorable et comportements sécuritaires*, *santé psychologique précaire et polyvictimisation* et *santé psychologique favorable et comportements à risque*. Ainsi, les problèmes de santé étaient agencés de façon spécifique chez des groupes d'hommes aux profils distincts. Le groupe avec le plus de problèmes de santé était particulièrement représenté parmi les indicateurs de détresse psychologique, de violence et de discrimination. Les hommes de ce groupe avaient notamment un faible revenu et étaient plus isolés. Les résultats soulèvent l'importance de s'intéresser à l'impact de la violence, de la discrimination et de l'homophobie dans le développement de l'ensemble des problèmes de santé. Ces éléments semblent être de meilleurs prédicateurs de la syndémie que l'identité sexuelle, considérant la diversité des profils observés. L'étude propose aussi une intégration des connaissances dans le développement d'une approche de soins adaptée et sensible au profil de la personne. Cette recherche améliore la compréhension du concept de la syndémie appliqué à la santé globale chez les HARSAH.

BIBLIOGRAPHIE DU TEXTE 3

Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016*. Récupéré de https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/esume-estimations-incidence-prevalence-vih-progres-realises-canada-90-90-90.html

Andersen, J. P., Zou, C. et Blosnich, J. (2015). Multiple early victimization experiences as a pathway to explain physical health disparities among sexual minority and heterosexual individuals. *Social Science et Medicine, 133,* 111-119. doi : 10.1016/j.socscimed.2015.03.043

Brennan, D. J., Ross, L. E., Dobinson, C., Veldhuizen, S. et Steele, L. S. (2010). Men's sexual orientation and health in Canada. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 255-258. doi: 10.1007/BF03404385

Carlos, J. A., Bingham, T. A., Stueve, A., Lauby, J., Ayala, G., Millett, G. A. et Wheeler, D. (2010). The role of peer support on condom use among Black and Latino MSM in three urban areas. *AIDS Education and Prevention, 22*(5), 430-444. doi: 10.1521/aeap.2010.22.5.430

Fargo, J. D. (2009). Pathways to adult sexual revictimization: Direct and indirect behavioral risk factors across the lifespan. *Journal of Interpersonal Violence, 24*, 1771-1791. doi: 10.1177/0886260508325489

Ferlatte, O., Hottes, T. S., Trussler, T. et Marchand, R. (2014). Evidence of a syndemic among young Canadian gay and bisexual men: Uncovering the associations between anti-gay experiences, psychosocial issues, and HIV risk. *AIDS and Behavior, 18*(7), 1256-1263. doi: 10.1007/s10461-013-0639-1

Friedman, M. R., Coulter, R. W., Silvestre, A. J., Stall, R., Teplin, L., Shoptaw, S., Surkan,P.J. et Plankey, M. W. (2017). Someone to count on: social support as an effect modifier of viral load suppression in a prospective cohort study. *AIDS care, 29*(4), 469-480. doi : 10.1080/09540121.2016.1211614

Géliga-Vargas, J. A. (1999). *Ethnic Identity, Gay Identity and Sexual Sensation Seeking: HIV-risk Taking Predictors Among Men of Color who Have Sex with Men* [Thèse doctorale, University of North Texas].

Greene, T., Neria, Y. et Gross, R. (2016). Prevalence, detection and correlates of PTSD in the primary care setting: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 23*, 160–180. doi: 10.1007/s10880-016-9449-8

Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P. et Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(9), 631-636. doi: 10.1177/070674370905400908

Hirshfield, S., Schrimshaw, E. W., Stall, R. D., Margolis, A. D., Downing Jr, M. J. et Chiasson, M. A. (2015). Drug use, sexual risk, and syndemic production among men who have sex with men who engage in group sexual encounters. *American Journal of Public Health, 105*(9), 1849-1858. doi: 10.2105/AJPH.2014.302346

Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A. et Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health education quarterly, 21*(2), p. 149-170. doi: 10.1177/109019819402100203

Israel, B. A. et Schurman, S. J. (1990). Social support, control, and the stress process. Dans K. Glanz, F. M. Lewis et B. K. Rimer (Eds.), *The Jossey-Bass health series. Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (p.187-215). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.

Kamiya, Y., Timonen, V. et Kenny, R. A. (2016). The impact of childhood sexual abuse on the mental and physical health, and healthcare utilization of older adults. *International psychogeriatrics, 28*(3), 415-422. doi : 10.1017/S1041610215001672

Katz-Wise, S. L. et Hyde, J. S. (2012). Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: A meta-analysis. *Journal of sex research, 49*(2-3), 142-167. doi: 10.1080/00224499.2011.637247

Kelly, J. A., Sikkema, K. J., Winett, R. A., Solomon, L. J., Roffman, R. A., Heckman, T. G., Stevenson, L.Y, Perry, M.J., Norman, A.D. et Desiderato, L. J. (1995). Factors predicting continued high-risk behavior among gay men in small cities: Psychological, behavioral, and demographic characteristics related to unsafe sex. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(1), 101. doi: 10.1037//0022-006x.63.1.101

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E.E. et Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine, 32*(6), 959-976. doi 10.1017/s0033291702006074

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. et Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry, 8*, 70. doi: 10.1186/1471-244X-8-70

Marshal, M. P, Dietz, L. J, Friedman, M. S, Stall, R, Smith, H. A, McGinley, J, Thoma, B.C., Murray, P.J., D'augelli, A. et Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health, 49*(2), 115-123. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.02.005

BIBLIOGRAPHIE DU TEXTE 3 (SUITE)

Mohr, J. J. et Kendra, M. S. (2011). Revision and extension of a multidimensional measure of sexual minority identity: The Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Scale. *Journal of counseling psychology, 58*(2), 234-235. doi: 10.1037/a0022858

Morrison, S. A, Yoong, D., Hart, T. A, MacPherson, P, Bogoch, I, Sivarajah, V, Gough, K., Naccarato, M. et Tan, D. H. (2018). High prevalence of syndemic health problems in patients seeking post-exposure prophylaxis for sexual exposures to HIV. *PLOS One, 13*(5). doi: 10.1371/journal.pone.0197998

Newcomb, M. E., Clerkin, E. M. et Mustanski, B. (2011). Sensation seeking moderates the effects of alcohol and drug use prior to sex on sexual risk in young men who have sex with men. *AIDS and Behavior, 15*(3), 565-575. doi: 10.1007/s10461-010-9832-7

Nilsson, D., Dahlstöm, Ö., Priebe, G. et Svedin, C. G. (2015). Polytraumatization in an adult national sample and its association with psychological distress and selfesteem. *Brain and behavior, 5*(1), e00298. doi: 10.1002/brb3.298

Ogle, C. M., Rubin, D. C. et Siegler, I. C. (2014). Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging et Mental Health, 18*(3), 316-325. doi: 10.1080/13607863.2013.832730

Oshri, A., Tubman, J. G., Morgan-Lopez, A. A., Saavedra, L. M. et Csizmadia, A. (2013). Sexual sensation seeking, cooccuring sex and alcohol use, and sexual risk behavior among adolescents in treatment for substance use problems. *The American Journal on Addictions, 22*(3), 197–205. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.12027.x

Painter, T. M., Song, E. Y., Mullins, M. M., Mann-Jackson, L., Alonzo, J., Reboussin, B. A. et Rhodes, S. D. (2019). Social Support and Other Factors Associated with HIV Testing by Hispanic/Latino Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men in the US South. *AIDS and Behavior*, 1-15. doi : 10.1007/s10461-019-02540-6

Parsons, J. T., Grov, C. et Golub, S. A. (2012). Sexual compulsivity, co-occurring psychosocial health problems, and HIV risk among gay and bisexual men: further evidence of a syndemic. *American Journal of Public Health, 102*(1), 156-162. doi: 10.2105/AJPH.2011.300284

Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S. et Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive psychiatry, 54*(1), 16-27. doi: 10.1016/j.comppsych.2012.05.010

Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M. et Grant, B. F. (2012). Physical health conditions associated with posttraumatic stress disorder in U.S. older adults: Results from wave 2 of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of the American Geriatrics Society, 60*, 296–303. doi: 10. 1111/j.1532-5415.2011.03788

Pittenger, S. L., Huit, T. Z. et Hansen, D. J. (2016). Applying ecological systems theory to sexual revictimization of youth: A review with implications for research and practice. *Aggression and Violent Behavior, 26,* 35–45. doi: 10.1016/j.avb.2015.11.005

Plöderl, M. et Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International review of psychiatry, 27*(5), 367-385. doi: 0000-0003-4659-9314

Schwab-Reese, L. M., Currie, D., Mishra, A. A. et Peek-Asa, C. (2018). A comparison of violence victimization and polyvictimization experiences among sexual minority and heterosexual adolescents and young adults. *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/0886260518808853

Scott, H. M., Pollack, L., Rebchook, G. M., Huebner, D. M., Peterson, J. et Kegeles, S. M. (2014). Peer social support is associated with recent HIV testing among young black men who have sex with men. *AIDS and Behavior, 18*(5), 913-920. doi : 10.1007/s10461-013-0608-8

Singer, M. (1994). AIDS and the health crisis of the US urban poor; the perspective of critical medical anthropology. *Social science & medicine, 39*(7), 931-948. doi: 10.1016/0277-9536(94)90205-4

Stall, R., Mills, T. C., Williamson, J., Hart, T., Greenwood, G., Paul, J., Pollack, L., Binson, D., Osmond, D. et Catania, J. A. (2003). Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *American journal of public health, 93*(6), 939-942. doi: 10.2105/ajph.93.6.939

Stephenson, R., Hall, C. D., Williams, W., Sato, K. et Finneran, C. (2013). Towards the development of an intimate partner violence screening tool for gay and bisexual men. *Western journal of emergency medicine, 14*(4), 390. doi: 10.5811/westjem.3.2013.15597

Strøm, I. F., Hjemdal, O. K., Myhre, M. C., Wentzel-Larsen, T. et Thoresen, S. (2017). The social context of violence: A study of repeated victimization in adolescents and young adults. *Journal of Interpersonal Violence*. Advance online publication. doi:10.1177/0886260517696867

Tein, J. Y., Coxe, S. et Cham, H. (2013). Statistical power to detect the correct number of classes in latent profile analysis. *Structural Equation Modeling, 20*, 640-657. doi : 10.1080/10705511.2013.824781

Tremblay, J. et Blanchette-Martin, N. (2009). *Manuel d'utilisation du DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu*. Récupéré de http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/DEBA-ADJ___manuel_utilisation.pdf

Tsai, A. C. et Burns, B. F. (2015). Syndemics of psychosocial problems and HIV risk: a systematic review of empirical tests of the disease interaction concept. *Social Science et Medicine, 139*, 26-35. doi : 10.1016/j.socscimed.2015.06.024

BIBLIOGRAPHIE DU TEXTE 3 (SUITE)

Turner, H. A., Hays, R. B. et Coates, T. J. (1993). Determinants of social support among gay men: the context of AIDS. *Journal of Health and Social Behavior, 34*, 37-53. doi: 10.2307/2137303

Vermunt, J. K. et Magidson, J. (2016). *Technical Guide for Latent GOLD 5.1: Basic, Advanced, and Syntax*. Belmont, MA: Statistical Innovations Inc.

Voisin, D. R., King, K., Schneider, J., DiClemente, R. J. et Tan, K. (2012). Sexual sensation seeking, drug use and risky sex among detained youth. *Journal of AIDS & Clinical Research, 1*(1), 1–5. doi: 10.4172/2155-6113.S1-017

Wolitski, R. J., Stall, R. et Valdiserri, R. O. (2008). *Unequal opportunity : health disparities affecting gay and bisexual men in the United States*. New York: Oxford University Press. doi : 10.1093/acprof:oso/9780195301533.001.0001

SEXE, FEMMES ET PRISON : RECENSION DES ÉCRITS SUR LES EXPÉRIENCES DE LA SEXUALITÉ INTRACARCÉRALE VÉCUES PAR DES DÉTENUES

Alexandra Toupin, B.A., Arielle Latulipe, Christina Gagnon et Jessika Beaumont

RÉSUMÉ

Malgré l'existence de données préoccupantes au sujet de la sexualité des femmes détenues (p. ex. des taux plus élevés d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), d'insatisfaction sexuelle et de victimisation sexuelle chez les détenues que dans la population non incarcérée), les recherches scientifiques ne permettent toujours pas de tracer un portrait de leurs expériences sexuelles intracarcérales. La présente recension des écrits propose de dresser un portrait de ces expériences à partir des connaissances existantes afin de dégager des recommandations sexologiques qui visent à favoriser la santé et la satisfaction sexuelles des femmes détenues. Les résultats permettent de montrer l'existence de relations affectives et sexuelles entre détenues, de problèmes de santé sexuelle ainsi que d'agressions sexuelles – à la fois entre détenues et par des membres du personnel de prison. Des recommandations sexologiques sont émises pour chaque catégorie du portrait dressé dans la présente recension.

Pour citer ce texte

Toupin, A., Latulipe, A., Gagnon, C. et Beaumont, J. (2020). Sexe, femmes et prison : recension des écrits sur les expériences de la sexualité intracarcérale vécues par des détenues. Dans A. Gauthier-Duchesne, S. Maiorano et J. Descheneaux (dir.), *Actes de colloque de la 7e édition de la Journée étudiante annuelle de la recherche en sexologie* (p. 38-45). Montréal : Les 3 sex*. Récupéré de https://les3sex.com/fr/jears2019

INTRODUCTION

Problématique. Dans la foulée de la popularité des émissions télévisées telles que *Orange Is the New Black* (Kohan, 2013-2019), *Unité 9* (Trottier, 2012-2019) et *Wentworth* (Watson, Radulovich et Hannan, 2013-), un intérêt nouveau pour la situation des femmes détenues en établissement carcéral s'est développé (Cano, 2016; Cousineau et Frigon, 2016; Schwan, 2016). Entre 1987 et 2012, au Canada, la population féminine était l'une de celles dont le taux de croissance des incarcérations était des plus élevés, dépassant même celui de la population masculine, et ce, tant dans les pénitenciers fédéraux que dans les prisons provinciales (Forouzan, Malingrey et Brouillette-Alarie, 2012). Pourtant, les femmes détenues sont encore sous-représentées dans les recherches scientifiques (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2011). En effet, les recherches qui permettraient de tracer un portrait exhaustif des caractéristiques des détenues dans les établissements de détention sont rares (Forouzan *et al.*, 2012; Henry, 2016; Ricordeau, 2009). Cette rareté est d'autant plus considérable lorsqu'il s'agit d'aborder leur sexualité intracarcérale (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2011). Contrairement aux recherches qui « mettent à nu la détresse sexuelle des [...] hommes détenus », on considère que « les femmes détenues sont souvent complètement occultées de ces débats autour de la frustration sexuelle. On leur prête en effet moins de désirs et de besoins sexuels » (Lancelevée, 2011, paragr. 10). Or, plusieurs recherches indiquent que la santé sexuelle des femmes détenues est préoccupante, notamment en raison de la présence d'un taux plus élevé d'ITSS dans cette population que dans la population non incarcérée (Gouvernement du Canada, 2013), d'une difficulté à avoir une vie sexuelle satisfaisante (Maeve, 1999), qui entraînerait une détresse psychologique (Carcedo, Perlman, López, Orgaz, et Fernández-Rouco, 2015), et de l'existence de la victimisation sexuelle intracarcérale (Fowler, Blackburn, Marquart et Mullings, 2010; Tewksbury et Mahoney, 2009), pour ne nommer que quelques-unes de ces préoccupations.

> **Entre 1987 et 2012, au Canada, la population féminine était l'une de celles dont le taux de croissance des incarcérations était des plus élevés, dépassant même celui de la population masculine[...]**

Objectif et pertinence de la recension. L'objectif de cette recension sur le vécu sexuel des femmes détenues consiste à dégager des recommandations sexologiques pour favoriser leur santé sexuelle et leur satisfaction sexuelle. Les problèmes liés à la santé sexuelle nuisent non seulement à la personne qui en souffre, mais également à son entourage et à la société (p. ex. lorsque la personne est porteuse d'une ITSS et qu'elle la transmet à ses partenaires sexuel.le.s), sans compter qu'ils peuvent être le symptôme ou la cause d'un problème de santé plus grave (p. ex. une perte de désir causée par une tumeur hypophysaire) (Pan American Health Organization, 2000). Il apparaît donc essentiel d'aborder la question de la sexualité des femmes détenues. Ce genre d'étude est d'ailleurs qualifié de « démarche relativement novatrice dans l'espace scientifique francophone » (Ricordeau et Schlagdenhauffen, 2016, paragr. 36). La recherche sur la sexualité des femmes en prison contribue à diffuser les résultats de recherches antérieures sur le sujet (en augmentant ainsi leur visibilité). De plus, cela permet aux divers.e.s acteurs et actrices du monde pénal (sexologues, criminologues, personnel de prison et autres professionnel.le.s de disciplines différentes, mais complémentaires) d'augmenter leurs connaissances scientifiques, de favoriser et d'enrichir la discussion entre elleux[1] et d'encourager la réflexion sur ces enjeux historiquement délaissés (Ricordeau et Schlagdenhauffen, 2016). Ainsi, la présente recension des écrits permettra de dresser un portrait des connaissances sexologiques actuelles sur la vie affective et sexuelle des femmes détenues. Aussi les résultats pourraient-ils permettre de reconsidérer la place et l'importance de la santé et de la satisfaction sexuelles comme composantes essentielles de la santé globale des détenues et permettre une évaluation de leurs besoins en matière de sexualité.

MÉTHODOLOGIE

Les écrits scientifiques ont été recensés sur les bases de données Cairn, JSTOR et SAGE Journals. Seuls les articles révisés par les pairs, publiés en français ou en anglais entre 1998 et 2018 aux États-Unis ou au Canada ont été retenus. Les associations suivantes de mots-clés ont été utilisées : (*inmates* ou détenues ou *women* ou femmes) et (prison ou *jail*) et (sexual* ou sex*). Les articles n'abordant que la population des hommes détenus ont été rejetés. Pour quelques données statistiques, notamment celles des taux de croissance des incarcérations féminines, des sites gouvernementaux ont été utilisés, considérant l'absence d'articles scientifiques traitant de ces données.

Définition des concepts

Les concepts de « sexualité », de « santé sexuelle » et de « satisfaction sexuelle » demandent à être clairement définis pour permettre une meilleure compréhension de l'angle d'approche de la présente recension. Le concept de sexualité tel qu'utilisé par les auteures de la présente recension s'appuie sur la définition proposée par la World Association for Sexual Health (2007, paragr. 3) :

> *Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships.*[2]

[1] « Elleux » est un pronom neutre et inclusif qui peut désigner à la fois une somme de personnes s'identifiant tant au genre masculin que féminin, mais aussi les personnes dont on ignore le genre, celles s'identifiant à un autre genre ou ne s'identifiant à aucun genre.

[2] La sexualité est un aspect central de l'être humain tout au long de la vie et englobe le sexe, les identités et les rôles de genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée en pensées, fantasmes, désirs, croyances, attitudes, valeurs, comportements, pratiques, rôles et relations. [Notre traduction]

Cette définition met en évidence l'idée que la sexualité ne se limite pas à la génitalité ou aux activités sexuelles, mais englobe plutôt un ensemble d'aspects identitaires, affectifs et relationnels où le plaisir et la créativité occupent une place importante.

En ce qui concerne le concept de santé sexuelle, c'est celui élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé (2006, p. 9) qui a été choisi. La santé sexuelle renvoie ainsi à un :

> [...] état de bien-être physique, affectif, mental et social relié à la sexualité; elle n'est pas uniquement l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. [Elle] exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour assurer la réalisation et le maintien de la santé sexuelle, il faut respecter, protéger et assurer les droits sexuels de toute personne.

Cette définition met en lumière le fait que la santé sexuelle ne se mesure pas à la négative, mais plutôt en termes de conditions nécessaires pour en faire l'expérience. Celle-ci apparaît comme un concept multidimensionnel qui fait valoir l'importance d'une approche positive de la sexualité (respect, sécurité, plaisir, consentement). Ces conditions confèrent également au concept une dimension politique : la santé sexuelle constitue un droit humain fondamental.

Enfin, le concept de satisfaction sexuelle utilisé dans la présente recension a été défini à partir du modèle de Lawrance et Byers (1995). Ces auteur.e.s ont défini la satisfaction sexuelle comme une « réponse affective d'une personne quant à son évaluation subjective des dimensions positives et négatives en lien avec sa vie sexuelle » (Lawrance et Byers, 1995, p. 268). Ainsi, pour qu'un individu soit sexuellement satisfait, il faut que les bénéfices qu'il croit retirer de sa sexualité en dépassent les coûts (Lawrance et Byers, 1995). Cette définition est intéressante dans le contexte carcéral en ce qu'elle permet d'inclure la panoplie de formes que peut prendre la sexualité, quels que soient l'orientation sexuelle ou le contexte relationnel dans lequel elle s'inscrit, et c'est pourquoi c'est cette définition qui a semblé la plus appropriée pour la présente recension.

Ainsi, la sexualité est un aspect central et multidimensionnel de l'être humain qui peut s'exprimer physiquement et mentalement. Lorsque l'expression de la sexualité d'un individu se fait dans un contexte positif (p. ex. respect, consentement, sécurité, satisfaction sexuelle, etc.), cela lui permet d'atteindre ou de maintenir sa santé sexuelle, qui fait elle-même partie non seulement de sa santé globale, mais également de ses droits humains fondamentaux. C'est sur la base de ce droit à la santé sexuelle que la présente recension se construit. Plus particulièrement, celle-ci s'intéressera aux lacunes dans la sexualité des femmes en milieu carcéral et aux conditions nécessaires pour la respecter.

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Expériences affectives des détenues. La sexualité en milieu carcéral peut s'expliquer par plusieurs types de motivation, mais elle s'inscrit particulièrement dans une orientation intime de type affectif, c'est-à-dire en couple et influencée par des sentiments (Gibson et Hensley, 2013). En effet, que ce soit pour répondre à un besoin de réconfort affectif, psychologique ou émotionnel, les femmes détenues s'engagent parfois dans des relations homosexuelles (Gibson et Hensley, 2013). Même si l'homosexualité intracarcérale est courante, elle est majoritairement considérée comme circonstancielle, car les seules personnes disponibles pour répondre aux besoins sexuels des détenues sont exclusivement du même genre qu'elles, à l'exception des membres du personnel de prison, qui ne sont pas nécessairement des femmes, mais avec qui tout acte sexuel est prohibé (Gibson et Hensley, 2013). Ainsi, plusieurs détenues rapportent que leur homosexualité en prison n'est pas représentative de leur orientation sexuelle globale. À cet effet, la majorité des femmes vivent généralement un retour à l'orientation sexuelle précarcérale à leur sortie de prison (Ricordeau, 2009).

En ce qui concerne les démonstrations d'affection entre détenues, celles-ci sont habituellement limitées par une réglementation stricte ou par l'intolérance de certain.e.s membres du personnel de prison (Joël-Lauf, 2009). Il en est de même pour le passage des démonstrations d'affection vers les activités sexuelles, qui est fréquemment limité par les contraintes des lieux (surveillance constante; absence d'espaces adaptés aux activités sexuelles; absence de lieux intimes, privés et sécuritaires; contrôle de l'emploi du temps, etc.) ou par l'adaptation progressive des détenues à leur nouvel environnement correctionnel et par une reconnaissance de ce nouvel environnement comme potentiellement compatible avec la sexualité (Joël-Lauf, 2009).

Expériences sexuelles consensuelles des détenues. La reconnaissance officielle de l'existence de la sexualité en prison est évitée pour des raisons politiques et sociales remontant à plus d'un siècle (Fleisher et Krienert, 2009). Pourtant, les relations sexuelles consensuelles entre détenues existent bel et bien. D'après l'étude de Krienert, Walsh et Lech (2014), 96 % (n = 145) des détenues interrogées estimaient que les couples en prison ressemblaient aux couples hors prison, y compris concernant la sexualité consensuelle. Les recherches laissent supposer que plus les personnes sont incarcérées longtemps, plus elles sont susceptibles de s'intéresser, voire de préférer les activités sexuelles homosexuelles, probablement en raison de la ségrégation sexuelle des établissements de détention et de la plus grande accessibilité aux expériences sexuelles entre partenaires de même genre qu'entre partenaires de genre différent (Garland, Morgan et Beer, 2005).

Santé sexuelle des détenues. Une étude qualitative de l'Université de l'Illinois, qui a interrogé 564 détenu.e.s de 30 établissements correctionnels (23 pour hommes, 7 pour femmes) dans 10 États différents, met en évidence l'inquiétude des participant.e.s au sujet de la transmission des ITSS entre détenu.e.s et du dépistage de ces ITSS (Krienert *et al.*, 2014). Iels[3] ont mentionné à plusieurs reprises leur frustration face au manque de mesures de protection et de prévention des ITSS disponibles en prison, de même que leurs craintes de représailles en cas de résultats positifs à un test de dépistage. Comme l'a déclaré un détenu lors d'une entrevue : « *You can't just get an AIDS test; if you admit to having sex you go into the hole* [4] » (Krienert *et al.*, 2014, p. 393). Le manque de moyens de protection et de prévention des ITSS en prison est d'autant plus préoccupant que les détenu.e.s constituent une population plus à risque de transmission d'ITSS que la population non détenue (Gouvernement du Canada, 2013). En effet, d'après les plus récentes données statistiques, on estime que la population carcérale fédérale canadienne possède un taux de VIH 7 à 10 fois plus élevé ainsi qu'un taux d'hépatite C 30 à 40 fois plus élevé que celui de la population générale (Gouvernement du Canada, 2013). De plus, certain.e.s détenu.e.s ont également recours à des pratiques dangereuses pour contrer les ITSS et les grossesses, comme la fabrication de préservatifs improvisés à partir de gants de caoutchouc ou de latex, de sacs à sandwich, de film étirable (aussi appelé pellicule plastique ou film alimentaire) ou encore par l'utilisation d'eau de Javel pour rincer les parties génitales après un contact sexuel, ce qui peut avoir des conséquences néfastes sur leur santé (Krienert *et al.*, 2014). Ces comportements sont pourtant décrits par les détenu.e.s comme des moyens d'assurer leur intégrité corporelle (Krienert *et al.*, 2014). Cela montre qu'iels sont souvent peu ou mal informé.e.s au sujet de ce qui constitue un comportement sexuel sécuritaire et qu'iels s'appuient sur des mythes à propos des pratiques sexuelles à risque (Krienert *et al.*, 2014). Par exemple, une femme détenue a affirmé en entrevue : « *Every once in a while you'll have a class. The idea is you can't get it [HIV] because you're a woman*[5] » (Krienert *et al.*, 2014, p. 397).

Agressions sexuelles sur les détenues. Chaque année, aux États-Unis, plus de 80 000 détenu.e.s, surtout des femmes, sont agressé.e.s sexuellement pendant leur incarcération (Kubiak *et al.*, 2017). Les femmes les plus susceptibles de vivre des violences sexuelles en prison sont les femmes racisées de minorités sexuelles ou de genre (Arkles, 2010). Malgré cela, il n'existe pratiquement aucune donnée permettant d'aborder le vécu particulier de ces femmes par rapport à la victimisation sexuelle intracarcérale.

Une étude états-unienne interrogeant des détenues en prison à sécurité maximale a révélé que 27 % d'entre elles (n = 148) rapportaient avoir été victimes de coercition sexuelle et 5 % de viol (Struckman-Johnson et Struckman-Johnson, 2002). Cette étude s'est aussi penchée sur les conséquences de ces agressions sexuelles chez les détenues. Il en ressortait que la plupart des victimes ressentaient davantage de stress et de symptômes dépressifs, avaient plus de difficulté à faire confiance aux autres, appréciaient moins la proximité d'autrui et faisaient plus de cauchemars qu'avant l'agression. Cette étude n'a toutefois pas défini le concept de « coercition sexuelle » ni celui de « viol ».

D'autres études se sont penchées sur l'implication des agent.e.s de correction face aux agressions sexuelles vécues par les détenues. Ces études indiquent que si la plupart des agent.e.s ne prennent pas part directement aux agressions, certain.e.s y participent tout de même indirectement (Coelho et Gonçalves, 2010). Par exemple, des agent.e.s peuvent se montrer indifférent.e.s aux conditions qui peuvent augmenter le risque de victimisation sexuelle, notamment le fait de ne pas être hétérosexuelle ou cisgenre (Baćak *et al.*, 2018). En effet, les détenu.e.s sont traditionnellement réparti.e.s dans des prisons pour femmes ou pour hommes en fonction du sexe qui leur a été attribué à la naissance ou en fonction de l'apparence de leurs organes génitaux plutôt qu'en fonction de leur identité de genre. Cela signifie qu'une femme trans, par exemple, pourrait devoir purger sa peine dans une prison pour hommes (Baćak *et al.*, 2018). Ainsi, alors que les détenues cisgenres sont exposées au sexisme, les détenu.e.s non binaires et les détenu.e.s trans sont exposé.e.s au sexisme et au cissexisme. De même, les détenu.e.s non hétérosexuel.le.s sont exposé.e.s au sexisme et à l'hétérosexisme. Si les agent.e.s de correction se montrent indifférent.e.s à ces facteurs de risque de victimisation, iels contribuent indirectement à maintenir un environnement non sécuritaire pour les détenu.e.s.

Les recherches tendent également à mettre en évidence l'existence d'agressions sexuelles commises par des membres du personnel de prison envers les détenues. D'après Kubiak et ses collègues (2017), plus de la moitié des agressions sexuelles vécues par les détenues seraient perpétrées par des membres du personnel de prison, ce qui compliquerait les procédures de dénonciation. Dans la population non carcérale, on estime qu'environ 20 % à 35 % des victimes d'agressions sexuelles le rapportent à la police (Planty, Langton, Krebs, Berzofsky et Smiley-McDonald, 2013; Sinozich et Langton, 2014). Les femmes

[3] « Iel » et « iels » sont des pronoms neutres et inclusifs qui peuvent désigner à la fois les personnes s'identifiant au genre masculin, celles s'identifiant au genre féminin et celles s'identifiant à un autre genre ou ne s'identifiant à aucun genre. En effet, des femmes trans et des personnes non binaires sont susceptibles d'être incarcérées dans des prisons pour femmes (Arkles, 2010).

[4] « Vous ne pouvez pas obtenir un test de dépistage du sida; si vous admettez avoir des relations sexuelles, vous allez au trou » [Notre traduction].

[5] « De temps en temps, vous aurez un cours. L'idée est que vous ne pouvez pas l'obtenir [VIH] parce que vous êtes une femme » [Notre traduction].

de la population carcérale ont généralement moins tendance à dénoncer leur.s agresseur.e.s que les femmes de la population générale, en particulier si leur.s agresseur.e.s sont des membres du personnel de prison (Kubiak *et al.*, 2017). Dans l'étude de Kubiak et ses collègues (2017) menée auprès de détenues victimes d'agressions sexuelles intracarcérales, il a été montré que 24 % des victimes avaient subi une agression sexuelle impliquant une pénétration phallovaginale, phallo-orale ou phalloanale, du sexe oral (sans pénétration) ou une pénétration du vagin ou de l'anus par les doigts par un.e membre du personnel de prison. D'autres études (Culley, 2012; Kubiak, Hanna et Balton, 2005) ont montré que le fait d'avoir vécu des agressions à répétition par le ou la même membre du personnel de prison, de même que le fait d'avoir une peine d'emprisonnement de 12 ans et plus, diminuerait les chances que la victime dénonce son agresseur.e. La crainte de ne pas être crue (Culley, 2012; Kubiak *et al.*, 2005), la lourdeur des procédures administratives et le fardeau de la preuve porté par les victimes sont aussi des facteurs qui inhibent la dénonciation des agressions sexuelles par les détenues (Michigan Department of Corrections, 2013).

RECOMMANDATIONS SEXOLOGIQUES : UNE APPROCHE FONDÉE SUR LES DROITS SEXUELS

Expériences affectives des détenues. D'après Forsyth, Evans et Foster (2002), il est important de reconnaître que les raisons pour lesquelles les femmes détenues s'engagent dans des relations ou dans des pratiques sexuelles homosexuelles sont variées et multifactorielles (p. ex. curiosité, ennui, protection, raisons économiques, amour, etc.). Pour ces auteur.e.s, l'idéal serait de sortir du cadre hétéronormatif les discours au sujet de la sexualité intracarcérale des détenues en considérant la fluidité de leur identité sexuelle durant leur incarcération. D'après iels, cela permettrait de réduire la stigmatisation associée au fait d'avoir des relations affectives homosexuelles. Pour ce faire, iels suggèrent que les intervenant.e.s en psychosociologie et les professionnel.le.s de la santé évitent d'adopter une position d'expert.e au moment d'interagir auprès des détenues et privilégient plutôt l'adoption d'une attitude d'écoute. Cette attitude promouvrait le sentiment d'être écoutée et respectée, ce qui pourrait permettre aux détenues de se sentir plus à l'aise de se confier à leurs intervenant.e.s en cas de besoin. D'ailleurs, d'après Aakjaer et Brandt (2012), ce lien de confiance et cet esprit de collaboration entre les détenues, les intervenant.e.s en psychosociologie et les professionnel.le.s de la santé sont essentiels pour permettre aux détenues d'utiliser les soins et les services qui leur sont proposés et dont elles peuvent avoir besoin pour favoriser leur santé sexuelle (p. ex. les examens gynécologiques, les tests de dépistage, la distribution de préservatifs et de digues dentaires, etc.).

Au niveau structurel, il serait intéressant que de la formation soit offerte aux intervenant.e.s en psychosociologie qui travaillent dans les établissements de correction afin qu'iels puissent discuter de relations affectives avec les détenues. Tenu.e.s à la confidentialité, ces intervenant.e.s pourraient tout de même servir de témoins de l'existence de relations affectives entre détenues au sein de l'établissement. De plus, les établissements de détention pourraient mettre sur pied des groupes de professionnel.le.s (intervenant.e.s en psychosociologie, agent.e.s de correction, direction d'établissement, etc.) afin de discuter de la possibilité d'assouplir certaines règles pour permettre aux femmes de vivre des relations affectives sans se cacher et dans un contexte sécuritaire.

Expériences sexuelles consensuelles des détenues. La majorité des détenues sont sexuellement actives durant leur incarcération et la majorité des activités sexuelles qu'elles vivent sont consensuelles (Krienert *et al.*, 2014). Puisque les contacts sexuels font partie des besoins de ces détenues (Comfort, Grinstead, McCartney, Bourgois et Knight, 2005) et de leurs droits fondamentaux, Krienert et ses collègues (2014) suggèrent que des espaces physiques soient prévus pour assurer l'intimité des détenues et permettre l'actualisation de leurs relations sexuelles dans un contexte sécuritaire. En ce sens, la présente recension permet de recommander que le personnel de prison soit éduqué et sensibilisé par rapport au droit des détenues à l'intimité sexuelle, en plus d'être encouragé à faire preuve de respect et de discrétion face à leurs activités sexuelles. De plus, les futures recherches sur la sexualité des femmes en prison devraient s'intéresser aux effets positifs et négatifs des différents comportements sexuels qu'elles adoptent. Les connaissances que ces recherches produiront pourraient servir à améliorer les politiques et règlements des prisons et à encourager la pratique fondée sur les données probantes dans une approche de respect des droits sexuels.

Santé sexuelle des détenues. Krienert et ses collègues (2014) ont bien fait ressortir que les taux de prévalence et d'incidence des ITSS chez les détenu.e.s sont particulièrement élevés et inquiétants, tant pour la santé des détenu.e.s que pour la santé des citoyen.ne.s avec qui iels partageront leur sexualité à leur sortie de prison. Ainsi, ces auteur.e.s suggèrent aux établissements carcéraux de mettre en place des programmes gratuits de distribution de préservatifs et de digues dentaires, et de promouvoir l'accès à des tests de dépistage des ITSS confidentiels, respectueux et disponibles en tout temps pour les détenu.e.s ayant eu des contacts sexuels à risque. De plus, pour ces auteur.e.s, afin de prévenir les pratiques qui favorisent la

transmission d'ITSS entre détenu.e.s, des séances d'éducation à la sexualité devraient être offertes régulièrement aux détenu.e.s dans le but de favoriser l'adoption de comportements sexuels sécuritaires, positifs et consensuels. De même, d'après leur étude, les recherches futures devraient se concentrer sur la mise à jour des prévalences et incidences des ITSS chez les détenu.e.s de même que sur l'analyse des besoins des détenu.e.s en matière de santé sexuelle intracarcérale.

De leur côté, les auteures de la présente recension recommandent que le personnel de prison soit également sensibilisé à la légitimité de la sexualité des détenues afin de ne pas contribuer à la stigmatisation des comportements sexuels sécuritaires (p. ex. confiscation de préservatifs et de digues dentaires, non-respect – volontaire ou non – de l'intimité sexuelle, etc.).

Agressions sexuelles sur les détenues. Il apparaît indispensable d'aborder la question des agressions sexuelles intracarcérales commises sur les détenues. Selon Pardue, Arrigo et Murphy (2011), cette question pourrait être traitée à travers des programmes d'éducation, de prévention et de traitement conçus pour les femmes qui ont été victimes d'agressions sexuelles durant leur incarcération ou pour les différent.e.s intervenant.e.s susceptibles de les côtoyer et de leur venir en aide. Ces auteur.e.s considèrent qu'il serait important que des soins médicaux accessibles, confidentiels et respectueux, et des suivis psychologiques et sexologiques soient proposés aux victimes vu les conséquences physiques (p. ex. lésions génitales, blessures corporelles) et psychologiques (p. ex. symptômes de stress post-traumatique) que peuvent vivre les détenues à la suite d'agressions sexuelles. De plus, il est recommandé que les établissements mettent en place et appliquent des politiques de tolérance zéro à l'égard des agressions sexuelles et du harcèlement sexuel envers les détenues (Pardue *et al.*, 2011). Ces auteur.e.s estiment qu'il faudrait renseigner la direction et l'administration des établissements de détention au sujet de la victimisation sexuelle des détenues en vue de les encourager à se pencher sur le problème dans leur milieu. L'une des mesures préventives qui pourraient être mises en place par ces instances serait l'évaluation psychologique de leurs futur.e.s employé.e.s durant le processus d'embauche. Ces évaluations pourraient permettre d'identifier les personnes à risque de commettre, d'ignorer ou d'encourager des agressions sexuelles sur des détenues (Pardue *et al.*, 2011). D'après Kraska et Kappeler (2006), les éléments les plus importants qui devraient faire l'objet d'une telle évaluation, parce qu'ils sont reconnus comme facteurs contribuant au problème des agressions sexuelles en milieu carcéral, sont : les attitudes hostiles envers les femmes et les victimes d'agressions sexuelles (p. ex. attribuer le blâme des agressions sexuelles aux victimes), les stéréotypes négatifs envers les femmes et les victimes d'agressions sexuelles (p. ex. croyance que les femmes sont de nature faible), les comportements perturbateurs (p. ex. tendance à utiliser l'intimidation ou l'agressivité) et l'hypermasculinité (p. ex. adhérer à l'idée que les hommes sont de nature dominante et qu'il est normal qu'ils cherchent à s'imposer aux femmes). Une autre mesure qui pourrait contribuer à réduire la victimisation sexuelle des détenues serait d'embaucher davantage de femmes dans les prisons (Pardue *et al.*, 2011). De plus, Maier (2008) soutient que les services d'avocat.e.s spécialisé.e.s devraient également être offerts gratuitement et sans délai aux victimes afin de prévenir la revictimisation et l'attribution du blâme à la victime.

Les futures recherches devraient s'intéresser davantage aux expériences sexuelles des détenu.e.s racisé.e.s et des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre, à la lumière d'une lecture intersectionnelle, considérant leur surreprésentation parmi les victimes d'agressions sexuelles intracarcérales.

CONCLUSION

En conclusion, dans une perspective de respect des droits sexuels, la sexualité intracarcérale des détenu.e.s devrait pouvoir s'exprimer dans un contexte sain et sécuritaire, dans le but de favoriser leur santé sexuelle. Des solutions aux niveaux individuel et structurel sont nécessaires pour permettre ce contexte sain et sécuritaire, notamment par la mise en place d'ateliers d'éducation à la sexualité pour le personnel des établissements carcéraux et pour les détenues, la création d'espaces d'intimité accessibles et sécuritaires pour les détenues, l'accès gratuit aux soins de santé sexuelle, l'implantation de campagnes de prévention des ITSS et des agressions sexuelles et l'assouplissement ou la modification des politiques et règlements des établissements de détention pour permettre aux détenues d'avoir des activités sexuelles.

BIBLIOGRAPHIE DU TEXTE 4

Aakjaer, M. K. et Brandt, E. (Août 2012). Social innovation within prison service. Dans *Proceedings of the 12th Participatory Design Conference: Exploratory Papers, Workshop Descriptions, Industry Cases - Volume 2*, 101-104. ACM. doi: 10.1145/2348144.2348177

Arkles, G. (2010). Safety and solidarity across gender lines: Rethinking segregation of transgender people in detention. *Dukeminier Awards: Best Sexual Orientation and Gender Identity Law Review, 9*(1), 343-388. Récupéré de https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/dukemini9&i=355

Baćak, V., Thurman, K., Eyer, K., Qureshi, R., Bird, Jason D., M.S.W., Rivera, L. M. et Kim, S. A. (2018). Incarceration as a health determinant for sexual orientation and gender minority persons. *American Journal of Public Health, 108*(8), 994-999. Récupéré de https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2018.304500

Cano, C. (2016). *Les représentations médiatiques des femmes noires incarcérées: le cas de la série Unité 9* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Trois-Rivières. Récupéré de http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8172

Carcedo, R. J., Perlman, D., López, F., Orgaz, M. B. et Fernández-Rouco, N. (2015). The Relationship Between Sexual Satisfaction and Psychological Health of Prison Inmates: The Moderating Effects of Sexual Abstinence and Gender. *The Prison Journal, 95*(1), 43-65. doi: 10.1177%2F0032885514563271

Coelho, C. et Gonçalves, R. A. (2010). Prison Guards' Attitudes Towards the Prevention of Sexual Contacts Between Inmates. The Howard *Journal of Criminal Justice, 49*, 361-374. doi: 10.1111/j.1468-2311.2010.00626.x

Comfort, M., Grinstead, O., McCartney, K., Bourgois, P. et Knight, K. (2005). "You can't do nothing in this damn place": Sex and intimacy among couples with an incarcerated male partner. *Journal of sex research, 42*(1), 3-12. doi: 10.1080/00224490509552251

Cousineau, S. et Frigon, S. (2016). Les femmes détenues d'Unité 9 : entre espace fictionnel et réalité. *Criminologie, 49*(2), 323–347. Récupéré de http://id.erudit.org/iderudit/1038427ar

Culley, R. (2012). "The Judge Didn't Sentence Me to Be Raped": Tracy Neal v. Michigan Department of Corrections: A 15-Year Battle Against the Sexual Abuse of Women Inmates in Michigan. *Women & Criminal Justice, 22*, 206–225. doi: 10.1080/08974454.2012.687955

Fleisher, M. S. et Krienert, J. L. (2009). *The Myth of Prison Rape : Sexual Culture in American Prisons*. Rowman & Littlefield Publishers.

Forouzan, E., Malingrey, F. et Brouillette-Alarie, S. (2012). Caractéristiques du fonctionnement social des femmes incarcérées. *Criminologie, 45*(1), 271-298. Récupéré de https://www.erudit.org/fr/revues/crimino/2012-v45-n1-crimino051/1008385ar/

Forsyth, C. J., Evans, R. D. et Foster, D. B. (2002). An analysis of inmate explanations for lesbian relationships in prison. *International Journal of Sociology of the Family, 30*(1-2), 67-77. Récupéré de https://www.jstor.org/stable/23028773

Fowler, S. K., Blackburn, A. G., Marquart, J. W. et Mullings, J. L. (2010). Would They Officially Report an In-Prison Sexual Assault? An Examination of Inmate Perceptions. *The Prison Journal, 90*(2), 220-243. doi: 10.1177/0032885510363387

Garland, J. T., Morgan, R. D. et Beer, A. M. (2005). Impact of Time in Prison and Security Level on Inmates' Sexual Attitude, Behavior, and Identity. *Psychological Services, 2*(2), 151-162. doi: 10.1037/1541-1559.2.2.151

Gibson, L. E. et Hensley, C. (2013). The Social Construction of Sexuality in Prison. *The Prison Journal, 93*(3), 355-370. doi: 10.1177/0032885513490503

Gouvernement du Canada. (2013). Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2011-2012. Dans *Bureau de l'enquêteur correctionnel*. Récupéré de http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20112012-fra.aspx

Henry, M. (2016). *Mothers experience in prison: Finding meaning through weaving and words* (mémoire de maîtrise non publié). Université Concordia. Récupéré de https://spectrum.library.concordia.ca/980979/

Joël-Lauf, M. (2009). *L'intimité des femmes incarcérées : Une expérience de terrain*. Ethnologie française, *39*(3), 547-556. Récupéré de https://www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2009-3-page-547.htm

Kohan, J. (créa.). (2013-2019). *Orange Is the New Black* [Série télévisée, en ligne]. Récupéré de https://www.netflix.com/watch/70259443?trackId=13752289&tctx=0%2C0%2C26bf3197-fe84-4572-bda3-74fbaed77ab8-1918383%2C%2C

Kraska, P. B. et Kappeler, V. E. (2006). To serve and pursue: Exploring police sexual violence against women. *Justice Quarterly, 12*(1), 85-111. doi: 10.1080/07418829500092581

Krienert, J., Walsh, J. et Lech, L. (2014). Alternatives to abstinence: the practice of (un)safe sex in prison. *Criminal Justice Studies, 27*(4), 387-401. doi: 10.1080/1478601X.2014.938740

Kubiak, S. P., Brenner, H. J., Bybee, D., Campbell, R., Cummings, C. E., Darcy, K. M. et Goodman-Williams, R. (2017). Sexual misconduct in prison: What factors affect whether incarcerated women will report abuses committed by prison staff? *Law and Human Behavior, 41*(4), 361-374. doi: 10.1037/lhb0000239

Kubiak, S. P., Hanna, J. et Balton, M. (2005). I Came to Prison to Do My Time - Not to Get Raped: Coping Within the Institutional Setting. Stress, *Trauma and Crisis, 8*(2-3), 157–177. doi: 10.1080/15434610590956921

BIBLIOGRAPHIE DU TEXTE 4 (SUITE)

Lancelevée, C. (2011). Une sexualité à l'étroit. Les unités de visite familiale et la réorganisation carcérale de l'intime. *Sociétés contemporaines, 83*(3), 107-130. doi: 10.3917/soco.083.0107

Lawrance, K. A. et Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal relationships, 2*(4), 267-285. doi : 10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x

Maeve, M. K. (1999). The Social Construction of Love and Sexuality in a Women's Prison. *Advances in Nursing Science, 21*(3), 46–65. doi: 10.1097/00012272-199903000-00007

Maier, S. L. (2008). "I Have Heard Horrible Stories..." Rape Victim Advocates' Perceptions of the Revictimization of Rape Victims by the Police and Medical System. *Violence against women, 14*(7), 786-808. doi: 10.1177%2F1077801208320245

Michigan Department of Corrections. (2013). *Policy and Procedures*. Récupéré de http://www.michigan.gov/corrections

Ministère de la Sécurité publique du Québec. (2011) Profil correctionnel 2007-2008 : les femmes confiées aux Services correctionnels. Dans *Sécurité publique Québec*. Récupéré de https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/publications-et-statistiques/profil-femmes-2007-2008/en-ligne.html

Organisation mondiale de la santé-Département de la santé reproductive et de la recherche. (2006). *Defining sexual health, Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002*, Geneva. Récupéré de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/

Pan American Health Organization. (2000). Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action. Dans *Pan American Health Organization*. [Document PDF] Récupéré de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=397%3A2008-promotion-sexual-health-recommendations-action&catid=1425%3Apublications&Itemid=0&lang=e

Pardue, A., Arrigo, B. A. et Murphy, D. S. (2011). Sex and sexuality in women's prisons: A preliminary typological investigation. *The Prison Journal, 91*(3), 279-304. doi: 10.1177%2F0032885511409869

Planty, M., Langton, L., Krebs, C., Berzofsky, M. et Smiley-McDonald, H. (2013). *Female victims of sexual violence, 1994-2010*. Department of Justice. Special Report. (No. NCJ 240655). Washington, DC: Bureau of Justice Statistics. Récupéré de https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/fvsv9410.pdf

Ricordeau, G. (2009). Sexualités féminines en prison : pratiques, discours et représentations. *Genre, sexualité & société, 1*. Récupéré de http://journals.openedition.org/gss/830

Ricordeau, G. et Schlagdenhauffen, R. (2016). Approcher la sexualité dans les institutions pénales. *Champ pénal, 8*. doi: 10.4000/gss.830

Schwan, A. (2016). Postfeminism meets the women in prison genre: Privilege and Spectatorship in Orange Is the New Black. *Television & new media, 17*(6), 473-490. doi: 10.1177/1527476416647497

Sinozich, S. et Langton, L. (2014). *Rape and sexual assault victimization among college-age females, 1995–2013*. [Document PDF]. Washington (DC): US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics. Récupéré de http://jpp.whs.mil/Public/docs/03_Topic-Areas/07-CM_Trends_Analysis/20150918/05_BJS_SpecialReport_SexAsslt_CollegeAge_Females.pdf

Struckman-Johnson, C. et Struckman-Johnson, D. (2002). Sexual coercion reported by women in three midwestern prisons. *Journal of Sex Research, 39*(3), 217-227. doi: 10.1080/00224490209552144

Tewksbury, R. et Mahoney, M.J. (2009). Sexual Victimization and Requests for Assistance in Inmates' Letters to the National Prison Rape Elimination Commission. *Federal Probation, 73*(3), 57-61. Récupéré de https://www.uscourts.gov/federal-probation-journal/2009/12/sexual-victimization-and-requests-assistance-inmates-letters

Trottier, D. (aut.). (2012-2019). *Unité 9* [Série télévisée, en ligne]. Récupéré de https://ici.radio-canada.ca/unite9/

Watson, R. (créa.), Radulovich, L. (créa.) et Hannan, D. (créa.). (2013-). *Wentworth* [Série télévisée, en ligne]. Récupéré de https://www.netflix.com/watch/80013050

World Association for Sexual Health. (2007). Professional Ethics, Definitions of professional specialties. Dans *World Sexology*. Récupéré de http://www.worldsexology.org/resources/professional-ethics/

Cette revue digitale vous est offerte gratuitement par l'équipe de la JEARS du Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal et l'organisme Les 3 sex*.

Nous vous encourageons à la partager massivement.

La revue est disponible pour téléchargement en format PDF et EPUB à l'adresse suivante:
www.les3sex.com/fr/jears2019

Pour des questions à propos de la prochaine édition de la JEARS, écrivez au :
fournier.alexandra.3@courrier.uqam.ca

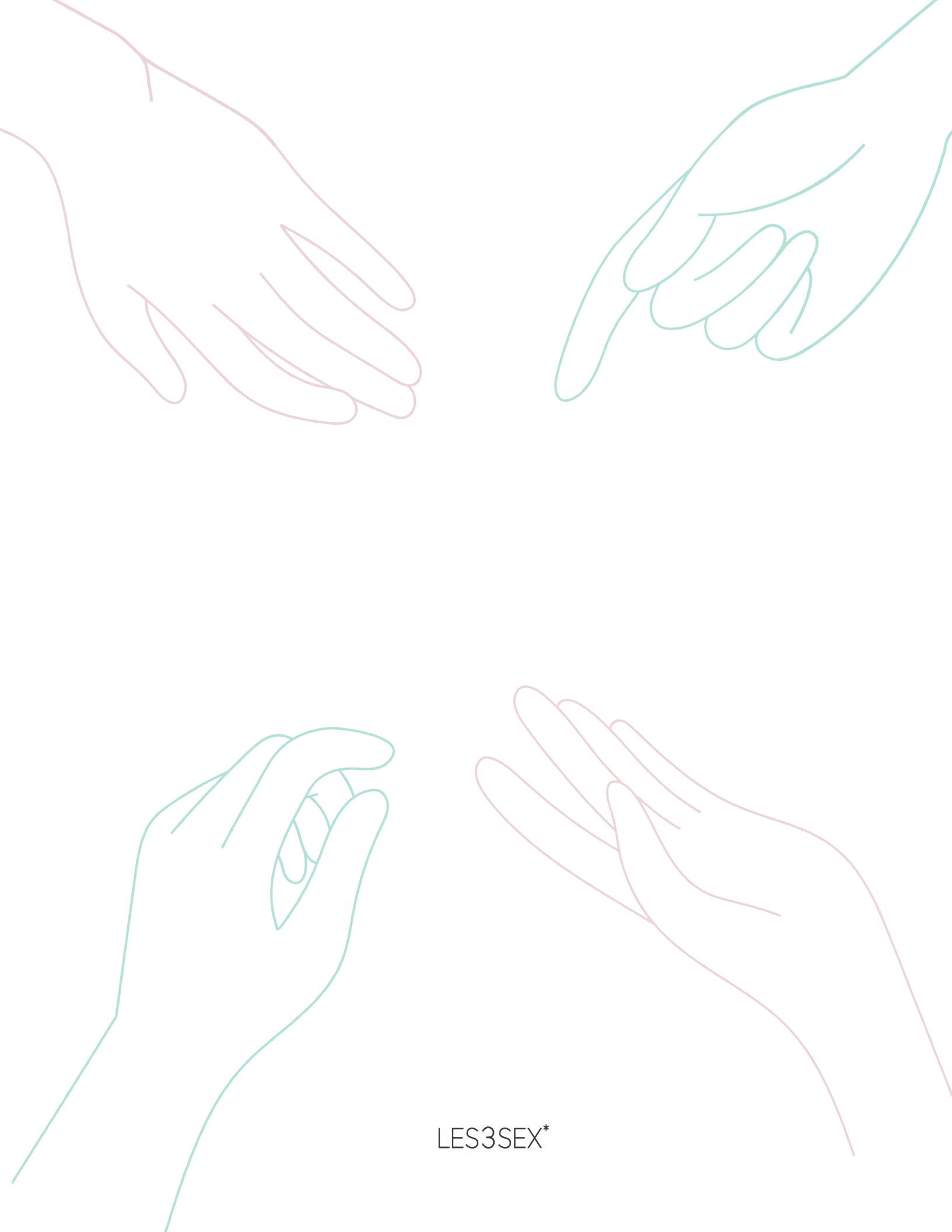
LUTTER. MAINTENANT. AUTREMENT.

Vous pouvez soutenir la lutte pour les droits sexuels et la santé sexuelle en faisant un don à l'organisme Les 3 sex*, cliquez ci-dessous :

Pour suivre Les 3 sex* sur les réseaux sociaux :

Pour suivre la JEARS sur Facebook :

https://www.facebook.com/JEARS-1132219393478245/



LES3SEX*