

Réseau social des hommes homosexuels et conduites sexuelles à risque¹

Danielle JULIEN*
Élise CHARTRAND**

RÉSUMÉ

La présente étude teste l'hypothèse suivant laquelle les propriétés du réseau social des hommes s'identifiant comme homosexuels sont associées au degré de protection exercée dans leurs relations sexuelles, dans les situations de monogamie et de non-monogamie. Des mesures de réseau social et des mesures de comportements sexuels sont recueillies auprès de 82 hommes homosexuels de la région de Montréal. Les résultats indiquent que le soutien social que les participants reçoivent de leur conjoint de fait ou d'autres personnes dans leur réseau social n'est pas associé au degré de risque encouru dans leurs relations sexuelles. Par ailleurs, plus les personnes dans le réseau social des participants appartiennent aussi au réseau social de leur conjoint de fait, moins élevés sont les risques encourus dans leurs conduites sexuelles intra- et extra- conjugales. Les résultats indiquent aussi que plus le réseau comprend d'hétérosexuels, de couples et de femmes, moins les participants s'exposent au VIH tout en maintenant des relations sexuelles avec plusieurs partenaires. Les résultats soulèvent la question des facteurs pouvant expliquer la relation entre l'hétérogénéité du réseau quant au sexe et à l'orientation sexuelle et l'utilisation de conduites sexuelles préventives.

Mots clés

Réseau social; hommes homosexuels; couples homosexuels; conduites sexuelles; sida; risque réduit.

Les statistiques québécoises maintiennent qu'au cours de la dernière décennie, plus de la moitié des cas déclarés de syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) avaient eu des activités homosexuelles ou bisexuelles (Remis et Roy, 1991). On sait de plus que la réduction du nombre de partenaires sexuels, l'évitement de partenaires sexuels anonymes, et l'abstention ou la modification des relations sexuelles anales réceptives réduisent le risque de transmission du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (Chimel et al., 1987; Darrow et al., 1987; Detels et al., 1989). Notre programme de recherche vise à mieux comprendre les facteurs psychosociaux qui prédisposent les individus au maintien de conduites à risque ou à l'adoption et au maintien de stratégies de prévention. Nous présentons ici les résultats d'une étude sur les pratiques sexuelles d'hommes homosexuels dans des situations de monogamie et de non-monogamie. Nous avons plus spécifiquement analysé l'association entre d'une part, le réseau social et la qualité des relations sociales de ces individus et, d'autre part, le degré de risque encouru dans leurs rencontres sexuelles avec d'autres hommes.

Les recherches sur les facteurs associés au changement de comportements chez les hommes homosexuels indiquent que la connaissance des facteurs de risque, les croyances au sujet de la santé, le sentiment d'efficacité personnelle et l'absence de drogue et d'alcool lors des rencontres sexuelles sont parmi les facteurs les plus fortement associés à l'adoption de comportements sexuels à risque réduit (Stall et al., 1988).

Par ailleurs, des études longitudinales suggèrent une plus faible association entre les variables citées plus haut, de type cognitif (à l'exception des drogues et de l'alcool), et le maintien des changements de comportements (Joseph et al., 1987a; Siegel et al., 1987). À ce sujet, des chercheurs-es proposent l'hypothèse suivant laquelle différents facteurs seraient responsables de l'adoption et du maintien des changements, respectivement. Des distinctions similaires sont observées pour d'autres comportements à risque pour la santé. Ainsi, l'étude du tabagisme indique que beaucoup de fumeurs cessent de fumer à un moment ou l'autre de leur vie, mais que plusieurs d'entre eux récidivent. Les processus expliquant l'adoption de nouvelles conduites semblent différents de ceux qui expliquent le maintien des changements dans le temps (Leventhal et Cleary, 1980).

Dans le domaine des recherches sur le sida, cette hypothèse a reçu l'appui d'études longitudinales montrant qu'à la différence des cognitions, les normes du réseau social d'appartenance sont, elles, positivement associées à la stabilité des changements (Joseph et al., 1987a; 1987b; Siegel et al., 1987). Par exemple, le suivi longitudinal d'une cohorte probabiliste d'hommes gais de San Francisco (âge moyen de 39 ans) indique que le réseau informel de soutien de ces hommes est, outre le statut VIH, le meilleur prédicteur de l'utilisation du condom dans les relations sexuelles de ces hommes entre 1987 et 1988, et qu'il explique près de deux fois plus de variance dans le maintien de protection que le soutien formel provenant de services à la communauté (Catania et al., 1991). Dans cette étude, le soutien informel est mesuré à l'aide d'une question permettant d'évaluer, globalement, le niveau d'aide perçu chez le partenaire de couple et autres amants, les

amis-es et les membres de la famille.

Les interactions avec l'environnement social ont été jusqu'à maintenant moins systématiquement explorées, chez les populations vulnérables, que les variables individuelles et cognitives. Par conséquent, nous connaissons mal les processus suivant lesquels ces variables sont susceptibles de maintenir ou de nuire au changement de conduites chez les hommes homosexuels. Notre programme de recherche vise à identifier des éléments de réponse à cette question, au moyen de l'étude des réseaux sociaux d'hommes s'identifiant comme homosexuels. La recherche présentée ici identifie les caractéristiques fonctionnelles et structurelles des réseaux sociaux associées au degré d'exposition des individus au VIH. De plus, étant donné que l'intégration sociale semble un facteur important d'ajustement individuel chez les hommes en général, nous présentons les résultats concernant l'association entre les caractéristiques des réseaux sociaux d'hommes homosexuels et le degré de symptômes psychologiques chez ce groupe.

MÉTHODE

Participants et procédure

L'échantillon comprend 82 hommes vivant en couple (ou 41 couples homosexuels masculins). Les couples proviennent de la région métropolitaine de Montréal, ils sont de classe moyenne, francophones, et ils ont une durée moyenne de vie commune de 4,99 ans (E.T. = 3,89). Les partenaires sont âgés de 32,02 ans en moyenne (E.T. = 8,33). Soixante-quatre pour cent d'entre eux ont un diplôme d'étude collégiale ou plus; 57 % ont un travail plein temps, alors que 34 % sont étudiants ou en chômage. Le revenu annuel moyen des individus s'élève à environ 25 000 \$. Des tests de différences portant sur les couples répartis en deux groupes selon le score obtenu au test de qualité relationnelle n'indiquent aucune différence quant aux variables démographiques, à l'exception de la durée de vie commune. Les couples ajustés ont une durée de vie commune plus longue que les non ajustés ($t(80) = 2,13, p < 0,05$).

Étant donné que la vie commune ou séparée des conjoints risque d'influencer la composition du réseau commun aux deux conjoints, tous les couples ne vivant pas ensemble comme couple sous le même toit depuis au moins deux ans sont exclus du groupe à l'étude. De plus, étant donné qu'aucun contrôle médical du statut sérologique des individus n'était possible dans le cadre de cette recherche, le statut sérologique ne constitue pas une variable d'inclusion ou d'exclusion. Les données rapportées par les individus sur cette question sont présentées dans les résultats relatifs aux conduites sexuelles à risque réduit.

Les couples sont recrutés au moyen de la diffusion d'annonces, d'articles, et d'entrevues dans les médias, des associations regroupant les hommes gais et des revues spécialisées s'adressant aux hommes gais et de la collaboration des services publics et privés de thérapie.

Les données présentées ici sont recueillies lors d'une visite des hommes en couple à notre laboratoire. Au cours de cette visite, les deux partenaires complètent séparément une formule de consentement, une batterie de questionnaires (informations démographiques, ajustement, sources de désaccords dans le couple, événements de vie, pratiques sexuelles, soutien perçu). Chacun des partenaires procède ensuite avec un-e intervieweur-e à une entrevue individuelle structurée sur son réseau social. L'entrevue dure en moyenne une heure. La visite est rétribuée d'un montant de 25 \$ (pour la dyade). De plus, pour les couples qui manifestent le besoin de donner suite à la visite, une heure de consultation est offerte avec un psychologue de la Corporation des psychologues du Québec, chargé d'évaluer globalement le besoin des couples et de les informer des services existant dans la communauté.

Mesures

Qualité relationnelle. La qualité relationnelle est mesurée à l'aide du test d'ajustement marital, version française du Marital Adjustment Test (MAT) de Locke et Wallace (1959). Le MAT constitue la mesure de qualité relationnelle la plus souvent utilisée dans les études sur l'ajustement de couples hétérosexuels. Le test possède un niveau de consistance interne élevé, et une validité prédictive bien étayée dans le domaine de recherche sur le couple hétérosexuel, y compris auprès de la population québécoise. Pour les fins de son application auprès de la population homosexuelle, la formulation des questions a été modifiée de manière à neutraliser les différences de genre. Une première étude des qualités psychométriques de l'instrument avec des couples hétérosexuels montre un degré acceptable de validité convergente avec les données d'observation d'interactions de couples américains (Julien et al., 1989) et québécois (Chartrand et Julien, 1994). La répartition des couples en deux groupes selon le critère de répartition du test (score de 100 et moins = groupe non ajusté et score > 100, groupe ajusté) révèle des scores moyens de 120,52 (E.T. = 15,24) pour les ajustés et de 87,13 (E.T. = 19,51) pour les non ajustés.

Ajustement individuel. L'ajustement individuel des participants est mesuré au moyen de la version française du Symptom-Checklist-90-R (Derogatis, 1977) traduit et validé par Fortin et Coutu-Wakulczyk (1985) auprès d'une population canadienne-française. Des études antérieures montrent une excellente consistance, une invariance factorielle selon le sexe, une très bonne fidélité test-retest et une excellente validité discriminante (Derogatis, 1977; Edwards et al., 1978). Les répondants rapportent les symptômes étant apparus dans la semaine précédant l'entrevue. Le score moyen des individus au SCL est de 0,58 (E.T. = 0,48).

Conduites sexuelles. La mesure des comportements sexuels est inspirée de l'entrevue structurée de Martin (1986). Nous avons construit un questionnaire auto-administré qui permet de décrire les comportements sexuels adoptés au cours d'une période de six mois précédant l'entrevue. Un contact sexuel est défini comme un contact physique avec un autre homme incluant les baisers, la masturbation mutuelle, ou un contact oral, anal ou génital. Les contacts sexuels avec le partenaire de couple sont distingués des contacts sexuels avec d'autres individus, et les contacts sexuels dans des lieux privés sont distingués des contacts sexuels dans des lieux publics. Pour les contacts sexuels en dehors du couple, l'individu rapporte un estimé du nombre de partenaires avec qui il a eu des contacts sexuels, et un nombre hebdomadaire moyen de rencontres sexuelles. L'instrument recueille aussi des données sur l'incidence d'actes sexuels spécifiques, avec et sans protection, avec son partenaire de couple et avec d'autres. Pour chacun d'eux, l'individu rapporte une fréquence relative d'incidence allant de 0 % (jamais au cours de la dernière année) à 100 % (presque à chaque fois). Suivant la méthode de Martin (1986), les informations peuvent être pondérées de manière à construire des variables de type catégorique, ou à obtenir un score unique sur une échelle de risque (par exemple le rapport sexuel anal réceptif reçoit un score de risque plus élevé étant donné que les recherches démontrent que ce type de contact augmente le risque d'exposition au VIH). Pour les fins des présentes analyses, les données ont été transformées en quatre variables définissant les quatre points d'ancrage d'une échelle croissante de risque.

Mesure du risque individuel. Trois facteurs comportementaux sont utilisés pour la construction de quatre catégories de risques encourus au cours des six derniers mois précédant l'entrevue. Le premier facteur, appelé "Polygamie", est mesuré par l'occurrence de relations sexuelles avec des partenaires réguliers ou occasionnels en dehors du partenaire de couple. Le deuxième facteur comportemental, appelé "Risque élevé intra-couple", est mesuré par l'incidence, avec le partenaire de couple, de relations sexuelles anales insertives ou réceptives avec un condom dans une proportion de moins de 100 % des instances. Le troisième facteur comportemental, appelé "Risque élevé extra-couple", est mesuré par l'incidence, en dehors du partenaire de couple, de relations sexuelles anales insertives ou réceptives avec un condom dans une proportion de moins de 100 % des instances.

Les quatre catégories de risque 1, 2, 3 et 4 sont formées au moyen de différentes combinaisons des trois facteurs comportementaux. Ce sont des catégories exhaustives et mutuellement exclusives, c'est-à-dire que tous les individus peuvent être classifiés dans l'une ou l'autre catégorie, et chaque individu ne peut être classifié que dans une seule catégorie. L'ordre des catégories correspond à un ordre croissant de risque allant de 1 (risque hautement réduit) à 4 (risque élevé). Voir Julien et al. (1992) pour les détails de la classification.

Mesure du risque associé au couple. Puisque les participants de cette recherche vivent en couple, et puisqu'un individu monogame adoptant des comportements à risque élevé dans son couple s'expose au VIH s'il est accouplé à un individu monogame séropositif, ou à un individu polygame à risque élevé, il importe de connaître le degré d'exposition de son partenaire de couple au VIH, ce qui permet de connaître le degré de risque encouru par chaque individu ayant des relations sexuelles régulières dans son couple. Étant donné les limites reliées à la connaissance du statut sérologique des partenaires, la présente étude ne peut estimer le nombre de couples comprenant au moins un individu séropositif. Par contre, il est possible d'établir une classification des couples en fonction des degrés de risque individuels combinés des deux partenaires. Par exemple, on peut estimer le nombre de couples où les individus de catégorie 1 (risque hautement réduit) vivent en couple avec un autre individu de catégorie 1, ceux de catégorie 1 qui sont accouplés à des individus de catégorie 2 et ainsi de suite (1 avec 3, 1 avec 4, 2 avec 2, 2 avec 4, etc.).

Le risque le plus élevé, pour un individu, étant d'être en couple avec un individu à risque élevé (c'est-à-dire, vivre en couple avec un type 4), les couples ont été regroupés en trois catégories croissantes de risque. La première, appelée "couples à risque réduit", inclut les combinaisons de partenaires de type 1 et de type 2. La deuxième, appelée "couples à risque moyen", inclut les combinaisons avec un type 3 à l'exception des combinaisons comprenant un individu de type 4. Enfin la troisième, appelée "couples à risque élevé", comprend tous les couples dont au moins un des partenaires est de type 4.

Réseau social. Le réseau est mesuré au moyen d'une adaptation française du Northern California Community Study Interview Schedule (McCallister et Fischer, 1978). Cet instrument a été largement pré-testé et a démontré une bonne validité discriminante auprès de populations urbaines et rurales (Fischer, 1982) et

auprès de couples hétérosexuels américains (Julien et Markman, 1991).

Cette entrevue structurée comporte un ensemble de questions visant à obtenir les prénoms des membres du réseau des répondant-es. Les questions sont orientées en rapport à six fonctions de soutien spécifique: 1. qui a aidé dans la maison au cours des trois derniers mois; 2. combien d'activités sociales différentes le participant a-t-il eues "en célibataire" (sans son conjoint) au cours des trois derniers mois, et qui a-t-il rencontré à ces occasions; 3. avec qui partage-t-il les choses qui l'intéressent; 4. à qui demande-t-il des avis en cas de décision importante; 5. à qui se confie-t-il lorsqu'il a des difficultés, et finalement; 6. à qui peut-il emprunter de l'argent en cas de besoin. Les questions relatives aux fonctions 3, 4 et 5 sont dédoublées de manière à distinguer le soutien social obtenu dans le couple du soutien social obtenu de personnes à l'extérieur de couple. De plus, la méthode mesure les activités conjointes et disjointes des couples (organisations and socialisations), et mesure le nombre d'amis et de membres de la famille à qui des problèmes de couples sont divulgués.

Deux fonctions du réseau ont été retenues: la Mobilisation du soutien, et l'Intégration sociale. La Mobilisation du conjoint est mesurée en utilisant la somme (1 = Jamais, 2 = Parfois, 3 = Presque à chaque fois) des fonctions de soutien 3, 4, et 5 pour conjoint. Une mesure symétrique de mobilisation du soutien de membres à l'extérieur du couple est obtenue de manière similaire au moyen des mêmes questions visant les personnes en dehors du conjoint. La mobilisation du soutien pour problèmes de couple est mesurée en calculant le nombre moyen de personnes à qui des problèmes de couples ont été divulgués au cours de l'année précédant l'entrevue. Par ailleurs, la fonction d'Intégration comprend le Compagnonnage, mesuré par le nombre de sorties en "célibataire" au cours des trois derniers mois, et la Proximité psychologique, mesurée par le nombre moyen de personnes nommées dans le réseau et avec qui le participant se sent particulièrement en confiance.

L'entrevue structurée recueille également des informations spécifiques sur chacun des membres du réseau. Ces informations permettent de mesurer les caractéristiques structurelles des réseaux. Les caractéristiques retenues sont: 1. le nombre total de personnes dans le réseau; 2. la multiplicité du réseau, mesurée par la moyenne des fonctions de soutien remplies par chacun des membres du réseau; 3. l'homogénéité du réseau, mesurée par le nombre moyen de caractéristiques communes entre le participant et les membres du réseau (même cohorte, même sexe, même orientation sexuelle, même occupation principale, mêmes intérêts de loisirs, même orientation religieuse, même quartier de résidence, fréquentation des mêmes lieux publics, bars, parcs, etc., même statut conjugal, c'est-à-dire vit en couple ou non); 4. la densité du réseau se mesure au moyen d'un sous-échantillon de cinq personnes puisées dans le réseau total du participant. Elle correspond à la proportion obtenue en divisant le nombre de paires de personnes "se connaissant très bien" par le nombre de paires possibles (10). Enfin, le recouvrement des réseaux des deux conjoints dans le couple est mesuré par la proportion de mêmes personnes nommées par les deux conjoints sur le nombre total de personnes nommées dans la liste combinée des réseaux des deux conjoints. Le recouvrement-plaisir correspond à une mesure subjective de recouvrement des réseaux des deux partenaires de couple. Il est mesuré par la proportion de personnes, dans le réseau d'un participant, qui, selon celui-ci, prennent plaisir à rencontrer son conjoint de couple.

RÉSULTATS

La présentation des résultats se divise en deux parties. Dans un premier temps, nous présentons les corrélations entre, d'une part, les variables fonctionnelles et structurelles du réseau social de chaque individu et, d'autre part, le degré de risque encouru dans les conduites sexuelles, le degré de qualité de la relation de couple des participants, ainsi que le degré de symptômes psychologiques de ces individus. Dans un deuxième temps, nous explorons un modèle de prédiction du risque encouru dans les conduites sexuelles à partir des variables de réseau social.

Pour les fins de présentation, les variables de réseau sont réparties en trois catégories. La première regroupe les caractéristiques fonctionnelles du réseau, la deuxième regroupe les caractéristiques structurelles du réseau et la troisième traite des propriétés des membres du réseau. Comme le nombre d'années de vie commune des couples ajustés est plus élevé que celui des non ajustés, les analyses traitent la durée de vie commune comme une covariable de contrôle.

Les caractéristiques fonctionnelles du réseau social

Le tableau 1 montre qu'aucune des fonctions de mobilisation de soutien ou d'intégration n'est associée au degré de risque encouru lors des conduites sexuelles. Toutefois, plus les individus mobilisent leur partenaire, plus la satisfaction relationnelle est élevée et moins le degré de symptômes psychologiques est grand. Notons que la mobilisation du soutien du partenaire est la seule variable du réseau social à être associée

(négativement) au degré de symptômes psychologiques. De plus, la proportion de membres du réseau à qui les individus ont parlé de leurs problèmes de couple au cours de la dernière année est négativement associée à la qualité relationnelle.

Les caractéristiques structurelles du réseau social

Le tableau 1 montre que le nombre total de membres dans le réseau, la multiplicité, l'homogénéité et la densité du réseau ne sont associés ni aux conduites sexuelles, ni au degré de qualité relationnelle, ni au degré de symptômes psychologiques. Toutefois, le recouvrement des réseaux, c'est-à-dire la proportion de membres dans le réseau d'un conjoint qui fait également partie du réseau de son partenaire, est négativement associé au degré de risque encouru par les individus et les dyades. Le recouvrement est aussi positivement associé à la qualité relationnelle des couples telle que rapportée par les individus.

On peut voir au tableau 1 que le recouvrement subjectif, c'est-à-dire la proportion des membres du réseau qui, selon l'individu, prennent plaisir à rencontrer son conjoint, est aussi positivement associé à la qualité relationnelle. Toutefois, le recouvrement subjectif n'est pas relié au degré de risque dans les conduites sexuelles. Notre mesure objective du recouvrement des réseaux s'avère donc un meilleur prédicteur que la perception de recouvrement chez les individus.

TABLEAU 1

Corrélations partielles entre les composantes du réseau, les types de conduites sexuelles, la qualité relationnelle et le degré de symptomatologie, en contrôlant pour la durée de la vie commune

| | Conduites sexuelles individuelles | Conduites sexuelles des couples | Qualité relationnelle | Sympto- matologie |
|---|---|---------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| Caractéristiques fonctionnelles | | | | |
| Mobilisation du soutien | | | | |
| partenaire | ns | ns | 0,46** | -0,41** |
| réseau-prob. personnel | ns | ns | ns | ns |
| réseau-prob. de couple | ns | ns | -0,37** | ns |
| Intégration | | | | |
| Compagnonnage | ns | ns | ns | ns |
| Proximité psychologique | ns | ns | ns | ns |
| Caractéristiques structurelles | | | | |
| Nombre de membres | ns | ns | ns | ns |
| Multiplicité | ns | ns | ns | ns |
| Homogénéité | ns | ns | ns | ns |
| Densité | ns | ns | ns | ns |
| Recouvrement (commun) | -0,32* | -0,37** | 0,31* | ns |
| Recouvrement (plaisir) | ns | ns | 0,38** | ns |
| Propriétés des membres | | | | |
| Aide-maison | ns | ns | ns | ns |
| Aide-divers | ns | ns | ns | ns |
| Emprunt d'argent | ns | ns | ns | ns |
| Organisation commune | ns | ns | ns | ns |
| Activités communes avec les amis et le partenaire | ns | ns | ns | ns |
| Proximité du lien | ns | ns | ns | ns |
| Rencontré par soi-même | ns | ns | ns | ns |
| Rencontré par le partenaire | -0,29* | ns | ns | ns |
| Rencontré en couple | ns | ns | ns | ns |

| | | | | |
|------------------------------|--------|---------|----|----|
| Sexe opposé | -0,33* | -0,33* | ns | ns |
| Même sexe | ns | 0,36** | ns | ns |
| Même âge | ns | ns | ns | ns |
| Habite à moins de 10 minutes | ns | ns | ns | ns |
| Endroit de rencontre | ns | ns | ns | ns |
| Même orientation sexuelle | ns | 0,30* | ns | ns |
| Même occupation | ns | ns | ns | ns |
| Vit en couple stable | -0,30* | -0,39** | ns | ns |
| Même religion | ns | ns | ns | ns |
| Partage une même activité | ns | ns | ns | ns |

ns = non significatif

*p < 0,01 ** p < 0,001

Les propriétés spécifiques des membres du réseau social

Le tableau 1 montre qu'aucune des propriétés des membres du réseau n'est reliée à la qualité relationnelle ou au degré de symptômes psychologiques. Toutefois, certaines de ces propriétés sont associées au degré de risque sexuel. Le nombre de membres de sexe opposé (c'est-à-dire le nombre de femmes dans le réseau) ainsi que la proportion de membres du réseau vivant en couple stable sont négativement associés au degré de risque encouru dans les conduites sexuelles individuelles et de couple. En d'autres termes, moins le réseau des individus gais comprend d'hommes et plus le réseau comprend d'individus accouplés, moins grands sont les risques sexuels encourus par l'individu.

Consistant avec les résultats reliés au nombre absolu, le tableau 1 indique également que la proportion d'individus de même sexe (c'est-à-dire des hommes) et la proportion des membres de même orientation sexuelle (proportion de gais et de lesbiennes) sont positivement associées au risque encouru dans les conduites sexuelles des deux partenaires de couple. En d'autres termes, plus le réseau est homogène quant à l'homosexualité, plus grand est le risque encouru lors des rencontres sexuelles.

Enfin, le tableau 1 montre que le nombre de membres rencontrés par l'entremise du partenaire est négativement relié au degré de risque encouru par les individus. En d'autres termes, plus l'individu est entouré de gens qui sont principalement associés à son partenaire, moins l'individu adopte des conduites sexuelles à risque.

Modèle de prédiction des types de conduites sexuelles à risque

Partant des résultats précédents, nous explorons un modèle de prédiction des conduites sexuelles à risque. Le modèle est composé de sept variables: la qualité relationnelle avec le conjoint, la mobilisation du soutien du partenaire, la mobilisation du soutien des amis pour les problèmes personnels, la proximité psychologique des membres du réseau, le recouvrement (selon le nombre de membres communs aux réseaux des deux partenaires), la proportion des membres de même sexe et enfin, la proportion de membres vivant en couple stable. Ces variables sont jugées représentantes des facteurs fonctionnels et structurels du réseau, les autres leur étant fortement corrélées. Nous les avons sélectionnées parce qu'elles sont peu corrélées entre elles, ce qui permet d'éviter le problème de multicollinéarité.

Le modèle est testé avec deux analyses de régression multiple. La première vise à prédire les conduites sexuelles individuelles chez les individus et la seconde, à prédire les conduites sexuelles des couples définis comme unité d'analyse.

Les résultats de la première analyse indiquent qu'aucune des variables de réseau n'est associée aux conduites sexuelles des individus, seule la qualité relationnelle est négativement associée au degré de risque

($\beta = -0,33$, $p < 0,05$, $R^2 = 0,25$). Donc, comme il avait été montré dans notre étude préliminaire (Julien et al., 1992), plus la qualité relationnelle est élevée, moins l'individu s'expose au VIH.

Les résultats de la deuxième analyse indiquent que la qualité relationnelle ($\beta = -0,33$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,37$) et la proportion d'hommes dans le réseau ($\beta = 0,24$, $p < 0,05$, $R^2 = 0,37$) sont les deux seules variables contribuant significativement à la prédiction. Plus la qualité relationnelle est élevée et moins la proportion d'hommes dans le réseau est élevée, moins l'individu et son partenaire s'exposent au VIH. Étant donné que la proportion d'hommes dans le réseau est fortement corrélée à la proportion de membres de même orientation sexuelle ($r = 0,72$, $p < 0,001$), il est possible que la densité de l'entourage gai au sein du réseau, et particulièrement gai célibataire, influence le degré de risque encouru dans les rencontres sexuelles. Afin de vérifier cette hypothèse, quatre catégories de statut des membres du réseau ont été créées: Homme gai vivant seul, Homme gai vivant en couple, Hétérosexuel-le vivant en couple, et Autres (aucune des trois premières catégories). Des corrélations indiquent une association positive entre la proportion d'hommes gais vivant seuls et le degré d'exposition des couples au VIH ($r = 0,32$, $p < 0,01$). On observe aussi une association négative entre la proportion d'hétérosexuels (hommes et femmes) vivant en couple et les conduites sexuelles à risque du couple ($r = -0,38$, $p < 0,001$). La proportion d'hommes gais vivant en couple n'est pas associée au risque encouru lors des conduites sexuelles des partenaires de couple. Il est intéressant de noter que seulement 54 % des individus ont mentionné un membre gai vivant en couple dans leur entourage. La densité de l'entourage gai "célibataire" semble donc un bon prédicteur d'exposition des couples au VIH.

DISCUSSION

La présente étude tente d'identifier les caractéristiques des réseaux sociaux d'hommes s'identifiant comme homosexuels, telles que ces caractéristiques se trouvent associées au degré d'exposition des individus au VIH.

Contrairement à nos attentes, les résultats indiquent que le soutien social que les participants reçoivent de leur conjoint de fait ou d'autres personnes dans leur réseau social n'est pas associé au degré de risque qu'ils encourrent dans leurs relations sexuelles. D'un autre côté, ces données sont cohérentes avec celles de nombreuses recherches montrant que les dimensions émotives des relations des hommes avec leur entourage social sont généralement de moins bons prédicteurs d'ajustement qu'elles ne le sont chez les femmes (Belle, 1987). À ce titre, les hommes homosexuels seraient comme les hommes hétérosexuels chez qui l'intégration sociale, telle que mesurée par leur participation à des activités de groupe ou des associations, sont plus fortement associées à leur santé que le soutien émotif, tel que mesuré par les confidences faites à un ami. On ne retrouve pas ce patron de données chez les femmes hétérosexuelles. Il est important de préciser par ailleurs que ces résultats sont basés sur des questionnaires auto-administrés. L'aveu d'aide reçu étant incompatible avec l'image masculine d'auto-suffisance, il est possible que des observations directes des relations produisent des résultats différents.

Par ailleurs, des caractéristiques du réseau moins directement accessibles à la conscience sont associées au degré de risques auxquels les individus s'exposent. Ainsi, plus les personnes dans le réseau social des participants appartiennent aussi au réseau social de leur conjoint de fait, moins élevés sont les risques encourus dans leurs conduites sexuelles intra- et extra- conjugales. Cette donnée est fort intéressante à la lumière des recherches antérieures sur les couples hétérosexuels. En effet, le recouvrement des réseaux des partenaires de couple apparaît souvent comme une caractéristique structurelle fortement associée à l'ajustement des individus vivant en couple (Ackerman, 1963). Le partage d'un réseau commun nous donne en fait un indice de l'identité sociale de "couple" des individus et de l'interdépendance des deux partenaires. Mais alors que chez les hétérosexuels l'existence d'un réseau commun est associée à la stabilité des couples et à la monogamie, le réseau commun est associé non pas à la monogamie chez les homosexuels, puisque 78 % des individus dans cette recherche sont non monogames, mais au degré de protection dans leurs conduites sexuelles avec leur conjoint et leurs partenaires en général. Afin de comprendre les processus expliquant cette relation, il nous faudra analyser le type de relations des participants avec les personnes dans ce noyau commun du réseau, ou, alternativement, avec les personnes en dehors du réseau commun. Les résultats nous donnent quelques indices à cet égard. Ainsi, plus nombreuses sont les personnes, dans le réseau d'un participant, qui lui ont été présentées par son conjoint (par exemple un frère ou une amie du conjoint sont devenus des membres du réseau du participant), moins le participant s'expose au VIH. Cette donnée nous suggère avec moins d'ambiguïté que la nature de l'interdépendance entre un participant et son conjoint de fait exerce une contrainte sur les relations que les participants entretiennent avec les membres de son réseau. D'une part, il est possible qu'une sorte de loi d'exogamie existe faisant en sorte qu'il soit moins probable d'avoir des relations sexuelles avec ce noyau. D'autre part, si relation sexuelle il y a, il est davantage probable qu'il s'agisse d'un partenaire relativement stable puisqu'il est socialement relié au conjoint.

Indépendamment du conjoint et de la qualité relationnelle, les résultats indiquent aussi que plus le réseau comprend d'hétérosexuels (vivant seuls ou en couples), de couples (homosexuels ou hétérosexuels) et de femmes, moins les participants s'exposent au VIH tout en maintenant par ailleurs des relations sexuelles avec plusieurs partenaires. Autrement dit, plus le réseau d'un participant est composé d'hommes homosexuels vivant seuls, plus grande est l'exposition du participant et de son conjoint au VIH. Les individus ayant des réseaux "mixtes" s'exposent moins, possiblement en raison du fait qu'ils ont délibérément choisi de s'entourer de personnes qui ne sont pas des partenaires sexuels potentiels. Toutefois, il est important de mentionner que les partenaires sexuels des participants ne sont pas tous membres des réseaux énumérés dans l'étude. Il reste donc à comprendre ce qui, dans les relations avec des femmes, avec des couples et avec des hétérosexuels-les en général, prédisposent les hommes homosexuels à une gestion prudente de leur sexualité. Il est possible que ces participants soient protégés du simple fait de vivre avec un réseau qui exerce des contraintes structurelles sur les situations de risque, comme par exemple le choix des lieux de rencontres sociales. Inversement, il est aussi possible que les individus dont les réseaux sont plus strictement homosexuels soient davantage victimes des effets néfastes de l'hétérosexisme et de la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, et connaissent davantage de difficultés d'ajustement en général, et d'ajustement en particulier dans le domaine de leur santé. Si tel était le cas, la prévention du sida passerait non seulement par une pratique de protection sexuelle, mais d'abord directement par une politique de lutte à la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle.

Les résultats de cette recherche doivent être interprétés avec prudence. En raison de la nature du recrutement, tous les participants vivaient en couple stable au moment de leur participation. L'organisation d'une vie quotidienne avec une personne stable influence probablement la nature des relations que les individus développent avec leur entourage. Nos données sont éminemment spécifiques et il est fort probable que d'autres facteurs soient associés à la prévention chez des individus homosexuels vivant seuls. Néanmoins, nous croyons que ces premiers résultats sont encourageants pour le développement d'autres recherches sur les déterminants psycho-sociaux des conduites sexuelles à risque.

RÉFÉRENCES

- Ackerman, D. (1963). "Affiliations: Structural Determination of Differential Divorce Rates, *American Sociological Review*, 69, 13-20.

- Belle, D. (1987). "Gender Differences in the Social Moderators of Stress, dans R. Barnett; L. Biener; G. K. Baruch (éd.): *Gender and stress* (p. 257-277). New York: The Free Press.

- Catania, J. A.; Coates, T. J.; Stall, R.; Bye, L.; Kegeles, S. M.; Capell, F.; Henne, J.; McKusik, L.; Morin, S.; Turner, H.; Pollack, L. (1991). "Changes in Condom Use among Homosexual Men in San Francisco, *Health Psychology*, 10, 190-199.

- Chartrand, E.; Julien, D. (1994). "Système d'observation de dimensions d'interaction (SODI): Validation canadienne-française du Interactional Dimension Coding System, *Revue canadienne des sciences du comportement/Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 26 (à paraître).

- Chimel, J. S.; Detels, R.; Kaslow, R. A.; van Raden, M.; Kingsley, L. A.; Brookmeyer, R. (1987). "Factors Associated with Prevalent Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in the Multicenter AIDS Cohort Study, *American Journal of Epidemiology*, 126, 568-577.

- Darrow, W. W.; Echenberg, D. F.; Jaffe, H. W.; O'Malley, P. M.; Byers, R. H.; Getchell, J. P.; Curran, J. W. (1987). "Risk Factors for Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infections in Homosexual Men, *American Journal of Public Health*, 77, 479-483.

- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, Scoring, and Procedures Manual*, 1. Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research.

- Detels, R.; English, P.; Visscher, B. R.; Jacobson, L.; Kingsley, L. A.; Chmiel, J. S.; Dudley, J. P.; Eldred, L. J.; Ginzburg, H. (1989). "Seroconversion, Sexual Activity, and Condom Use among 2915 HIV Seronegative Men Followed Up to 2 Years, *Journal of AIDS*, 2, 77-83.

- Edwards, D. W.; Yarvis, R. M.; Mueller, D. P.; Zingale, H. C.; Wagman, W. J. (1978). "Test-taking and

the Stability of Adjustment Scales, *Evaluation Quarterly*, 2, 275-291.

Fischer, C. (1982). *To Dwell among Friends: Personal Networks in Town and City*. Chicago: The University of Chicago Press.

Fortin, F.; Coutu-Wakulczyk, G. (1985). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale: le SCL-90-R*. Montréal: Université de Montréal, Rapport final de recherche subventionnée par le CQRS.

Joseph, J. G.; Montgomery, S.; Emmons, C.; Kessler, R. C.; Ostrow, D. G.; Wortman, C.; O'Brien, M.; Eshleman, S. (1987a). "Magnitude and Determinants of Behavioral Risk Reduction: Longitudinal Analysis of a Cohort at Risk for AIDS, *Psychology and Health*, 1, 73-96.

Joseph, J. G.; Montgomery, S.; Kirscht, J.; Kessler, R. C.; Ostrow, D. G.; Wortman, C.; Brian, K.; Eshleman, S. (1987b). "Perceived Risk of AIDS: Assessing the Behavioral and Psychological Consequences in a Cohort of Gay Men, *Journal of Applied Psychology*, 17, 231-250.

Julien, D.; Markman, H. J.; Lindahl, K. M. (1989). "A Comparison of a Global and a Microanalytic Coding System: Implications for Future Trends in Studying Interactions, *Behavioral Assessment*, 11, 81-100.

Julien, D.; Markman, H. J. (1991). "Social Networks and Social Support as Determinants of Individual and Marital Outcomes, *Journal of Social and Personal Relationship*, 8, 549-568.

Julien, D.; Pizzamiglio, T.; Brault, M.; Léveillé, S. (1992). "Qualité relationnelle des couples gais et conduites sexuelles à risque, *Santé mentale au Québec*, 217-234.

Leventhal, H.; Cleary, P. D. (1980). "The Smoking Problem: A Review of the Research and Theory in Behavioral Risk Modification, *Psychological Bulletin*, 88, 370-405.

Locke, H. J.; Wallace, K. M. (1959). "Short Marital Adjustment and Prediction Test: Their Validity and Reliability, *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.

Martin, J. L. (1986). "AIDS Risk Reduction Recommendations and Sexual Behavior Patterns among Gay Men: A Multifactorial Categorical Approach to Assessing Change, *Health Education Quarterly*, 13, 347-358.

McCallister, L.; Fischer, C. (1978). "A Procedure for Surveying Personal Networks, *Sociological Methods and Research*, 7, 131-148.

Remis, R. S.; Roy, E. (1991). *Bilan des connaissances sur l'épidémie du sida et de l'infection au VIH au Québec*. Montréal: Hôpital général de Montréal, Département de santé communautaire, Centre d'études sur le sida.

Siegel, K.; Mesagno, F. P.; Chen, J. Y.; Christ, G. (1987). *Factors Distinguishing Homosexual Males Practicing Safe and Risky Sex*. Communication présentée à la Third International Conference on AIDS, Washington, DC.

Stall, R. D.; Coates, T. J.; Hoff, C. (1988). "Behavioral Risk Reduction for HIV Infection among Gay and Bisexual Men, *American Psychologist*, 43, 978-885.

SOCIAL NETWORKS AND SAFER SEX PRACTICES AMONG GAY MEN

Abstract

This study examines the association between homosexual men's social networks and the use of safer sex practices with regular and anonymous partners. Self-report measures of social networks and of sexual behaviors were provided by 82 homosexual males from Montreal. No significant associations were found between social support and safer sex practices within and outside primary relationships. However, overlap between participants' and partners' networks was positively associated with participants' safer sex behaviors with all sex partners. Moreover, the higher the proportion of heterosexuals, women, and people living as a couple in participants' social networks, the more likely participants were to use safer sex behaviors, even though they were having multiple sex partners. The findings are discussed with reference to structural constraints of social networks on individual sexual orientation and practices.

Key words

Social Network; Homosexual Men; Homosexual Couples; Sex Behaviors; Safer Sex; AIDS.