

Les besoins sexuels des hommes homosexuels séropositifs au VIH

The Sexual Needs of HIV-Positive Homosexual Men

André Dupras and Richard Morisset

Volume 17, Number 1, Spring 1992

Sida et santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/502053ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/502053ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

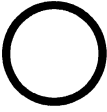
[Explore this journal](#)

Cite this article

Dupras, A. & Morisset, R. (1992). Les besoins sexuels des hommes homosexuels séropositifs au VIH. *Santé mentale au Québec*, 17(1), 195–216.
<https://doi.org/10.7202/502053ar>

Article abstract

A two-step study was conducted to identify the sexual needs of a group of seropositive homosexual men. At first, there was an interview with 30 men which aimed to define their objectives of sexual health. This was followed by a questionnaire distributed among 88 seropositive men and 173 seronegative men, who evaluated the objectives stated in the first step. The statistical analysis of collected data allowed for the identification and narrowing down of four major needs: being in good health, being in love, being sexual and, to a lesser degree, being secure. Results are discussed and point to the role played by the biological, psychological and sociological uneasiness in the context of the difficulties that seropositive homosexual men have in satisfying their sexual needs. This evaluation can prove useful in the planning and the implementation of sexological services for HIV-positive persons.



Les besoins sexuels des hommes homosexuels séropositifs au VIH

André Dupras*,
Richard Morisset**

L'identification des besoins sexuels d'un groupe d'hommes homosexuels séropositifs a été réalisée en deux étapes: une entrevue avec 30 hommes visant à définir leurs objectifs de santé sexuelle, suivie d'un questionnaire administré à 88 hommes séropositifs et à 173 hommes séronégatifs qui ont évalué ces objectifs. Les analyses statistiques des données recueillies ont permis d'identifier et de circonscrire quatre besoins prioritaires: être en bonne santé, être amoureux, être sexuel et, à un degré moindre, être sécuritaire. La discussion des résultats met en relief le rôle joué par l'inconfort biologique, psychologique et sociologique dans le contexte des difficultés des hommes homosexuels séropositifs à combler leurs besoins sexuels. Le contenu de cette évaluation peut être utile pour la planification et l'implantation de services sexologiques destinés aux personnes séropositives.

Dès l'annonce du diagnostic, on demandera à la personne séropositive de prendre les précautions nécessaires pour n'affecter ni son état de santé ni celui des autres. On lui conseillera, entre autres, d'avoir des relations sexuelles protégées, de voir régulièrement son médecin et d'avoir une bonne hygiène de vie. En raison des restrictions sexuelles qu'impose la séropositivité, il se produit souvent un état de «dépression sexuelle» privant la sexualité de sa fonction stabilisante. Conséquemment, des guides de counseling (Green et McCreaner, 1989; Kelly et St-Lawrence, 1988; Miller et Bor, 1988) invitent les intervenants à

* André Dupras est professeur au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Richard Morisset est professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et chef du service de microbiologie et de maladies infectieuses de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

** Le Conseil québécois de la recherche sociale a subventionné ce projet d'évaluation des besoins sexuels des hommes homosexuels séropositifs. Nous voulons également souligner l'assistance de M^{mes} Hélène Dionne et Suzanne Pharand à ce projet de recherche.

s'occuper de la vie sexuelle des personnes séropositives et à les conseiller sur les questions relatives à la sexualité qui troublent celles-ci.

Afin de préciser les orientations et le contenu des interventions sexologiques, il est important d'être à l'écoute des besoins des personnes séropositives. Si on ne les place pas au centre du processus d'évaluation des besoins sexuels, il arrive qu'elles déplorent la non pertinence des actes professionnelles. Moran et al.(1988) rapportent que la moitié des participants séropositifs de leur étude ont indiqué que les intervenants ne les ont pas aidés à organiser leur nouvelle vie sexuelle.

Dans le but d'aider les intervenants à préciser les orientations et les décisions à prendre lors de la planification et de l'implantation de services sexologiques destinés aux personnes séropositives, nous présenterons dans les lignes qui suivent l'approche utilisée ainsi que les résultats obtenus lors d'une analyse des besoins sexuels d'un groupe d'hommes homosexuels infectés par le virus du sida.

L'analyse des besoins sexuels

Pris dans son sens général, le terme «besoin» suggère l'idée de carence, d'absence d'un bien jugé nécessaire ou désirable. Le concept de besoin renvoie à l'idée d'un manque ou d'un écart entre ce que l'on possède et ce que l'on voudrait posséder afin d'assurer son existence, sa conservation ou son développement. Ainsi, Kaufman et English (1979) utilisent cette notion de manque lorsqu'ils proposent un modèle d'analyse des besoins fondé sur l'écart entre ce qui est et ce qui devrait être. Pour la présente étude, nous avons utilisé ce modèle en définissant d'une manière opérationnelle le besoin comme étant l'écart existant entre la mesure de désirabilité exprimée par les sujets séropositifs et celle de l'évaluation de la réalité. La différence enregistrée entre la santé sexuelle désirée et la santé sexuelle actuelle correspond alors à un degré d'insatisfaction qui indique un besoin sexuel.

Pour cette étude, nous avons opté pour un modèle inductif de l'analyse des besoins. Il s'agit d'abord de recueillir des données empiriques sur le vécu sexuel des personnes séropositives. La seconde étape consiste à identifier et à classifier par domaine des données d'observation afin d'arriver à une liste d'objectifs; on évalue et on traduit ces objectifs en mesures critériées représentant certains comportements à adopter. On administre ces mesures critériées afin de savoir si les comportements désirés se sont déjà manifestés ou non. Ensuite, il faut comparer les attentes avec les buts existants, puis on recueille les écarts pour énoncer de nouveaux objectifs.

Il est important de souligner ici que l'observation systématique des besoins sexuels permet à des personnes infectées de formuler leurs besoins. Au lieu d'identifier des besoins objectifs, il s'agira plutôt de transformer les expressions subjectives de besoins sexuels en objectifs de santé sexuelle. L'analyse des besoins sexuels doit aboutir à un produit spécifique sous la forme d'objectifs pour l'action sexologique.

L'adaptation sexuelle à la séropositivité au VIH

En 1975, l'Organisation mondiale de la santé préconisait une approche globale de la santé sexuelle en la définissant comme:

L'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, réalisée selon des modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour (O.M.S., 1975, 6).

Certaines données de recherche portent à croire que la santé sexuelle de nombreuses personnes séropositives serait sérieusement altérée. Dans leur étude, Rochet et al. (1990) ont constaté chez les hommes homosexuels séropositifs une forte inhibition des pratiques sexuelles et une diminution significative de la satisfaction sexuelle dans le premier mois qui suit la découverte de la séropositivité; avec le recul de deux ans, la sexualité demeure peu investie. Cette étude révèle également que 29% des sujets homosexuels présentaient des problèmes sexuels, notamment l'absence de libido, l'angoisse du rapport sexuel par peur de contaminer l'autre et la difficulté liée à l'utilisation du condom. Dans leurs études respectives, Earl et al. (1991) et Meyer-Bahlburg et al. (1991) ont également constaté une perturbation de la vie sexuelle chez les hommes homosexuels séropositifs.

La séropositivité au VIH produit indéniablement des changements dans la vie sexuelle des personnes infectées. L'annonce de la séropositivité constitue un événement déclencheur d'un processus de changement psychosocial, qui va engendrer chez les personnes séropositives une réorganisation de leur système de référence sexuelle. La transformation plus ou moins grande de leur vie sexuelle se caractérise par une nouvelle façon de concevoir et d'exprimer leur sexualité. Le bouleversement de la vie sexuelle peut atteindre les différentes composantes de la sexualité, entre autres la perception qu'aura la personne séropositive de son corps, de son identité sexuelle et de ses rapports sexuels (Clement, 1988; McKusick, 1988; Siegel et Krauss, 1991; Weitz, 1991).

L'univers sexuel des personnes séropositives va subir un processus de désorganisation et de restructuration. Si l'on s'inspire du modèle d'adaptation à la maladie chronique de Corbin et Strauss (1987), cette réorganisation de leur vie sexuelle pourrait impliquer quatre types de

démarches: (1) intégration de leur séropositivité par une remise en question de leurs façons de penser et d'agir en matière de sexualité; (2) compréhension et acceptation des contraintes sexuelles imposées et des accommodements exigés par la séropositivité; (3) reconstruction de leur identité sexuelle en redéfinissant leurs valeurs sexuelles, en redécouvrant leur corps érotique et en développant de nouveaux rapports socio-sexuels; (4) consolidation de leur nouveau scénario sexuel par l'expérimentation suivie de réajustements tenant compte des expériences vécues. Les besoins sexuels exprimés par les hommes homosexuels séropositifs devraient correspondre aux démarches qu'ils ont entreprises pour s'adapter sexuellement à leur séropositivité.

La méthodologie de l'étude

Les sujets

Pour réaliser les objectifs de l'étude, il nous fallait interroger un premier groupe d'hommes homosexuels sur leur vécu sexuel après l'annonce du diagnostic de séropositivité, pour ensuite administrer un questionnaire standardisé à un second groupe d'hommes homosexuels séropositifs. Dès le départ, la recherche d'un échantillon représentatif de cette population fut éliminée, puisqu'il est actuellement impossible d'obtenir une description précise de la population mère des hommes homosexuels séropositifs. À la suggestion de Stall et al. (1988), nous avons eu recours à un échantillon non probabiliste «de convenance» composé de volontaires. Les participants devaient répondre aux critères suivants: être de sexe masculin, d'orientation homosexuelle, âgé de 18 ans et plus, francophone, séropositif au VIH et aux stades CDC 2 (asymptomatique) ou CDC 3 (symptomatique sans signes physiques associés au sida).

Nous avons utilisé deux stratégies de recrutement des sujets et de distribution des questionnaires. Au point de départ, nous avons sollicité et obtenu la collaboration des médecins, des psychologues et des travailleurs sociaux œuvrant dans des cliniques privées ou publiques reconnues comme ayant une clientèle importante. Nous demandions à ces personnes relais de profiter de la consultation médicale ou psychosociale pour demander au patient de passer une entrevue, dans une première étape, ou de lui remettre un questionnaire, dans une seconde étape. Parallèlement, des enveloppes contenant deux questionnaires (une version pour les répondants séropositifs et une autre pour les répondants séronégatifs) ont été distribuées dans des lieux publics fréquentés par des hommes homosexuels.

Un premier sous-échantillon de 30 participants séropositifs a été interviewé afin d'établir la liste thématique et les objectifs de santé sexuelle. Ceux-ci étaient âgés de 20 à 49 ans avec une moyenne d'âge de 34,4 ans. Leur scolarité moyenne était de 15,1 ans. Quarante pour cent des sujets avaient un revenu annuel supérieur à 30000 \$. Les répondants connaissaient leur statut sérologique depuis 3 ans en moyenne.

Un deuxième sous-échantillon de 88 hommes homosexuels séropositifs a retourné par la poste le questionnaire d'enquête. Ils sont âgés de 23 à 62 ans et leur moyenne d'âge est de 35,1 ans. Comme l'indique le tableau 1, la majorité des sujets sont célibataires (78,4%) et vivent seuls (44,3%) ou en couple avec un partenaire homosexuel (33%). Le tiers des participants (33%) ont un diplôme universitaire, tandis que 27,3% ont un diplôme de niveau collégial ou ont débuté des études universitaires. Sur le plan de l'emploi et du revenu, 60,2% des sujets ont un emploi à temps plein et 45,4% ont un revenu supérieur à 30000 \$. La majorité des sujets se considère peu ou non religieux (65,9%) et assiste rarement ou jamais (71,6%) à des services religieux. Soulignons toutefois que 63,7% des sujets rapportent que la vie spirituelle est assez ou très importante pour eux. Les participants savent qu'ils sont séropositifs au VIH depuis 37,7 mois en moyenne. La plupart (88,7%) pensent qu'ils ont été infectés lors d'une activité sexuelle. Par rapport aux stades de la maladie, 71,6% se décrivent comme asymptomatiques et 28,4% ont des symptômes physiques persistants non associés au sida. Le décompte de lymphocytes T4 des sujets s'élevait en moyenne à 313,4.

Un troisième sous-échantillon (groupe contrôle) de 173 hommes homosexuels séronégatifs ou ne connaissant pas leur état sérologique a répondu à une version adaptée du questionnaire. Les caractéristiques socio-démographiques des sujets du groupe contrôle sont comparables en plusieurs points à celles du groupe expérimental. Ces personnes sont âgées de 19 à 62 ans, avec une moyenne d'âge de 34,5 ans. La majorité d'entre elles sont célibataires (86,7%) et vivent seules (49,1%) ou avec un partenaire homosexuel (27,2%). Au sujet de la scolarité, 46,3% ont obtenu un diplôme universitaire et 32,3% ont terminé des études collégiales ou débuté des études universitaires. La majorité des sujets occupaient un emploi à temps plein (63%) et avaient un revenu de 30 000 \$ ou plus (52%).

Tableau 1
Répartition des répondants au questionnaire selon certaines
caractéristiques personnelles

	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
	n	%	N	%
Âge				
Moins de 30 ans	25	28,4	68	39,3
30 à 34 ans	17	19,3	35	20,2
35 à 39 ans	30	34,1	22	12,7
40 ans et plus	16	18,2	48	27,8
Situation de famille				
Célibataire	69	78,4	150	86,7
Marié	1	1,1	1	0,6
Séparé	5	5,7	9	5,2
Divorcé	12	13,7	13	7,5
Veuf	1	1,1	0	0,0
Habitation				
Seul	39	44,3	85	49,1
Partenaire homosexuel	29	33,0	47	27,2
Épouse	1	1,1	1	0,6
Ami(s)	14	15,9	23	13,3
Membre(s) de la famille	5	5,7	13	7,5
Autres	0	0,0	4	2,3
Scolarité				
Secondaire ou professionnel (en partie)	17	19,3	16	9,2
Professionnel (terminé) ou collégial (en partie)	18	20,4	21	12,2
Collégial (terminé) ou université (en partie)	24	27,3	56	32,3
Université (terminée)	29	33,0	80	46,3
Situation d'emploi				
Temps plein	53	60,2	109	63,0
Temps partiel	17	19,3	33	19,1
Sans emploi	18	20,5	31	17,9
Revenu				
Moins de 20 000 \$	27	30,7	54	31,2

20 000 à 29 999 \$	21	23,9	29	16,8
30 000 à 39 999 \$	17	19,3	32	18,5
40 000 \$ et plus	23	26,1	58	33,5
Religiosité				
Très	2	2,3	14	8,1
Assez	28	31,8	39	22,5
Peu	38	43,2	48	27,8
Non	20	22,7	72	41,6
Pratique religieuse				
Très souvent	1	1,1	10	5,8
Souvent	6	6,8	2	1,2
Parfois	18	20,5	14	8,1
Rarement	25	28,4	64	37,0
Jamais	38	43,2	83	47,9
Spiritualité				
Très importante	21	23,9	52	30,0
Assez importante	35	39,8	64	37,0
Peu importante	26	29,5	38	22,0
Pas importante	6	6,8	19	11,0
Diagnostic				
Moins de 23 mois	27	30,7		
24 à 47 mois	29	32,9		
48 mois et plus	32	36,4		
Mode de contamination				
Rapports sexuels	78	88,7		
Injection	2	2,3		
Autre	1	1,1		
Mixte	4	4,5		
Ne savent pas	3	3,4		
Stade de la maladie				
Asymptomatique	63	71,6		
Symptomatique	25	28,4		
Décompte de lymphocytes				
Moins de 200	33	37,5		
200 à 499	29	33,0		
500 et plus	26	29,5		

Instruments de collecte des données

Afin de connaître les besoins sexuels des personnes séropositives, il nous est apparu important de les interroger personnellement et de les écouter. Une première série d'entretiens semi-dirigés a été conduite afin de construire la grille d'entrevue. L'analyse de ces entretiens nous a permis d'élaborer et d'appliquer un plan d'entrevue comprenant trois domaines de recherche: (1) le diagnostic de séropositivité (circonstances et impact psychosocial); (2) les répercussions sexuelles de la séropositivité (ajustement, transformations et préoccupations); (3) les améliorations souhaitées (conditions recherchées, solutions envisagées et soutien souhaité).

L'analyse de trente entrevues a permis de construire la partie centrale du questionnaire, composée d'une liste d'objectifs. Nous demandions au sujet d'attribuer à chacun d'eux un degré d'importance pour sa santé sexuelle; ensuite, il devait indiquer jusqu'à quel point il a atteint chacun d'eux. Les objectifs furent regroupés à partir de la notion de concept de soi, développée par L'Écuyer (1990) et définie comme «un ensemble très varié de perceptions que la personne éprouve au sujet d'elle-même» (p.149). Cette notion comprend les dimensions suivantes: 1. *Soi corporel*: une première série de 8 énoncés fait référence à des objectifs se rapportant à la perception qu'a la personne de son corps. 2. *Soi personnel*: une seconde série d'énoncés correspond à des objectifs concernant l'image de soi sexuel (49 énoncés) et l'identité de soi sexuel (4 énoncés). 3. *Soi adaptatif*: une troisième série d'énoncés renvoie aux réactions adoptées et aux actions posées afin de s'adapter à la séropositivité (21 énoncés). Les sujets devaient attribuer un degré d'importance (pas, peu, assez ou très) à chacun des objectifs présentés; ensuite, ils indiquaient jusqu'à quel point (pas, peu, assez ou très) ils avaient atteint chacun d'entre eux. La version adaptée aux répondants séronégatifs présentait 82 mêmes objectifs, à l'exception de 16 qui concernaient uniquement les répondants séropositifs.

Pour vérifier les relations entre les tendances psychosexuelles et l'atteinte des objectifs de santé sexuelle, nous avons construit quatre échelles:

1) *Être en bonne santé physique* regroupe quatre objectifs (percevoir son corps comme propre, le garder en bonne santé, être informé des risques de se faire réinfecter et éviter de l'être) sous une échelle dont le coefficient de fiabilité est de 0,67;

2) *Être sécuritaire* est constitué de sept objectifs associés au fait de connaître et de pratiquer le sécurisexe ($\alpha = 0,91$)

3) *Être amoureux* réunit cinq objectifs liés à une relation amoureuse stable et durable ($\alpha = 0,84$);

4) *Être sexuel* comprend quinze activités sexuelles dont la séquence débute par les baisers sensuels et se termine par la pénétration anale ($\alpha = 0,86$).

La version française du *Multidimensional Sexuality Scale* de Snell et Fisher (1991), composé de 60 questions, a été utilisée pour mesurer douze tendances psychosexuelles: (1) la *dépression sexuelle* (alpha de Cronbach de 0,86); (2) l'*anxiété sexuelle* ($\alpha = 0,81$); (3) la *préoccupation sexuelle* ($\alpha = 0,88$); (4) la *peur de la sexualité* ($\alpha = 0,80$); (5) le *contrôle interne de sa vie sexuelle* ($\alpha = 0,62$); (6) le *contrôle externe de sa vie sexuelle* ($\alpha = 0,80$); (7) la *conscience de sa dynamique sexuelle* ($\alpha = 0,67$); (8) la *perception sociale de sa sexualité* ($\alpha = 0,65$); (9) la *motivation sexuelle* ($\alpha = 0,76$); (10) l'*affirmation sexuelle* ($\alpha = 0,76$); (11) l'*estime sexuelle* ($\alpha = 0,76$); (12) la *satisfaction sexuelle* ($\alpha = 0,90$). Pour chacun des énoncés, les sujets ont indiqué, à partir d'une échelle Likert en 5 points (de: Tout à fait différent de moi = 1, à: Exactement comme moi = 5), le degré de similarité entre ce qu'ils vivent et ce qui les décrit. Pour chaque échelle, les scores possibles s'étalent de 0 à 20. La même version de ce questionnaire fut administrée aux deux groupes (expérimental et contrôle).

Résultats

La situation désirée et atteinte en matière de sexualité

En considérant les dix objectifs jugés les plus importants par les répondants séropositifs (tableau 2), nous pouvons constater que la première préoccupation de ceux-ci concernant leur sexualité consiste à être sécuritaire, c'est-à-dire connaître les risques d'infecter leur partenaire sexuel, éviter de l'infecter, respecter les limites sécuritaires qu'ils s'imposent et convaincre leur partenaire d'avoir des comportements sexuels sécuritaires. En second lieu, les répondants trouvent essentiel d'être en bonne santé, c'est-à-dire, entre autres, de connaître les dangers de réinfection et de les éviter. Ensuite, ils considèrent important d'être responsables en informant leur partenaire sexuel régulier de leur séropositivité et en acceptant les conséquences d'avoir été infectés par le virus du sida. Enfin, ils jugent capital d'être amoureux d'un partenaire intéressant.

Tableau 2
Importance accordée aux objectifs de santé sexuelle par les
hommes homosexuels séropositifs

Objectifs	M	ET
Connaître les risques d'infecter son partenaire sexuel	3,87	0,50
Avoir des activités sexuelles sécuritaires (pratiquer le «safer sex») afin d'éviter d'infecter son partenaire sexuel	3,86	0,44
Garder son corps en bonne santé	3,76	0,50
Connaître les risques d'être réinfecté par son partenaire sexuel	3,74	0,62
Être capable d'informer son partenaire sexuel régulier de sa séropositivité au risque de le perdre	3,71	0,67
Respecter les limites de ce qu'on a établi comme risqué et de ce qui ne l'est pas dans ses activités sexuelles	3,71	0,57
Être capable de convaincre son partenaire sexuel de pratiquer le sécurisexe («safer sex»)	3,71	0,53
Avoir des activités sexuelles sécuritaires (pratiquer le «safer sex») afin d'éviter de se faire réinfecter	3,69	0,69
Trouver un partenaire amoureux intelligent et affectueux	3,67	0,68
Assumer sa responsabilité d'avoir été infecté par le virus du sida	3,67	0,68

En comparant les scores obtenus pour l'importance et l'atteinte des objectifs proposés (tableau 3), il se dégage un autre profil des besoins sexuels. Être en bonne santé constitue le besoin le plus criant. Ensuite, les sujets ont de la difficulté à combler leurs besoins affectifs dans leurs activités sexuelles et dans une relation amoureuse. En troisième lieu, ils ne réussissent pas à satisfaire leurs besoins sexuels, car ils ne pratiquent pas suffisamment les activités sexuelles qu'ils souhaitent et ne tirent pas autant de satisfaction de celles auxquelles ils se livrent. Enfin, ils n'arrivent pas à avoir une image corporelle positive en ne se trouvant pas assez attrayants et désirables.

Tableau 3

Comparaison entre les moyennes de l'importance (SD) et de l'atteinte (SA) des objectifs de santé sexuelle chez des hommes homosexuels séropositifs

Objectifs		M	ET	t
Garder son corps en bonne santé	SD	3,76	0,50	9,28
	SA	3,07	0,74	
Privilégier l'échange d'affection dans les relations sexuelles	SD	3,66	0,61	7,89
	SA	2,80	1,04	
Pratiquer les activités sexuelles que l'on souhaite	SD	3,41	0,67	7,88
	SA	2,49	0,97	
Satisfaire ses attentes et besoins sexuels	SD	3,42	0,73	7,81
	SA	2,64	0,94	
Se faire caresser les parties corporelles non génitales	SD	3,59	0,67	6,78
	SA	2,85	1,00	
Trouver un partenaire amoureux intelligent et affectueux	SD	3,67	0,68	6,89
	SA	2,59	1,30	
Se faire toucher sexuellement	SD	3,44	0,76	5,99
	SA	2,81	0,95	
Avoir une vie sexuelle aussi satisfaisante, sinon plus satisfaisante, qu'avant l'annonce de sa séropositivité	SD	3,39	0,73	5,87
	SA	2,67	0,97	
Percevoir son corps comme attrayant et désirable	SD	3,50	0,59	5,76
	SA	2,92	0,87	
Toucher sexuellement une personne consentante	SD	3,43	0,74	5,09
	SA	2,88	0,96	

* $p < ,001$

À comparer aux sujets séronégatifs, les sujets séropositifs évaluent différemment certains objectifs (tableau 4A). Ainsi, ils trouvent moins important d'investir dans leur vie sexuelle et amoureuse, ou d'éviter des activités sexuelles à risque. Par ailleurs, les sujets séropositifs réussissent moins que les sujets séronégatifs à atteindre les objectifs décrits au tableau 4B. En effet, ils arrivent moins à satisfaire leurs besoins affectifs et sexuels, à développer une image corporelle positive, à éviter les activités sexuelles à risque et à résoudre leurs difficultés sexuelles.

Tableau 4A

Comparaison entre les moyennes de l'importance accordée aux objectifs par les sujets séropositifs (S+) et les sujets séronégatifs (S—)

		ObjectifsM	ET	t
Parler de ses difficultés sexuelles	S+	3,01	1,09	— 3,59***
	S—	3,51	0,80	
Toucher sexuellement une autre personne consentante	S+	3,43	0,74	— 2,62**
	S—	3,67	0,58	
Se faire toucher sexuellement	S+	3,44	0,76	— 2,61**
	S—	3,68	0,57	
Investir dans sa vie de couple pour la solidifier	S+	3,27	1,01	— 2,55**
	S—	3,60	0,83	
Refuser les partenaires qui ne veulent pas pratiquer le sécurisexe («safer sex»)	S+	3,48	0,95	— 2,49**
	S—	3,77	0,65	
Maintenir une relation amoureuse satisfaisante même si on découvre que son partenaire est séropositif	S+	3,45	0,83	2,40*
	S—	3,16	1,02	
Éviter les activités sexuelles à risque même si elles paraissent excitantes	S+	3,58	0,77	— 2,29*
	S—	3,79	0,53	
Chercher des solutions pour surmonter ses difficultés sexuelles	S+	3,36	0,82	— 2,22*
	S—	3,59	0,70	
Trouver un partenaire amoureux intelligent et affectueux	S+	3,67	0,68	— 2,09*
	S—	3,85	0,45	
Satisfaire ses attentes et besoins sexuels	S+	3,42	0,73	— 1,96*
	S—	3,60	0,63	

* $p < ,05$

** $p < ,01$

*** $p < ,001$

Tableau 4B

Comparaison entre les moyennes de l'atteinte des objectifs chez les sujets séropositifs (S+) et les sujets séronégatifs (S—)

Objectifs		M	ET	t
Maintenir une relation amoureuse satisfaisante même si on découvre que son partenaire est séropositif	S+	2,84	1,40	— 5,72***
	S—	3,93	1,57	
Sentir son corps propre, non pollué	S+	3,15	0,94	— 3,18***
	S—	3,51	0,70	
Considérer l'acte sexuel énergisant et fortifiant	S+	2,90	0,96	— 3,14***
	S—	3,28	0,89	
Garder son corps en bonne santé	S+	3,07	0,74	— 2,95***
	S—	3,35	0,73	
Privilégier l'échange d'affection dans les relations sexuelles	S+	2,84	1,09	— 2,51**
	S—	3,18	0,89	
Toucher sexuellement une autre personne consentante	S+	2,88	0,96	— 2,43*
	S—	3,17	0,90	
Éviter les activités sexuelles à risque même si elles paraissent excitantes	S+	3,24	0,96	— 2,38*
	S—	3,52	0,79	
Chercher des solutions pour surmonter ses difficultés sexuelles	S+	3,09	1,14	— 2,38*
	S—	3,45	1,19	
Neutraliser ses angoisses (de maladies, de mort) afin de maintenir son intérêt sexuel	S+	3,01	0,99	— 2,32*
	S—	3,33	1,16	
Refuser les partenaires qui ne veulent pas pratiquer le sécurisexe («safer sex»)	S+	3,39	1,18	— 2,31*
	S—	3,72	0,91	

* $p < ,05$

** $p < ,01$

*** $p < ,001$

Les corrélats psychosexuels de l'atteinte des objectifs de santé sexuelle

Le tableau 5 présente les corrélations entre les douze tendances psychosexuelles et les quatre dimensions de la santé sexuelle. Notons, en premier lieu, que plus les sujets s'affirment dans leur sexualité, sont

satisfaits de leur vie sexuelle, s'estiment sexuellement, sont conscients et contrôlent ce qui les pousse à avoir des activités sexuelles, plus ils atteignent les objectifs de santé sexuelle. Remarquons, en second lieu, que plus les sujets sont déprimés et anxieux sexuellement, craintifs et préoccupés par rapport à la sexualité en plus d'être contrôlés par les autres, moins ils réussissent à atteindre les objectifs de santé sexuelle.

Tableau 5

Matrice de corrélations des échelles de santé sexuelle avec les caractéristiques psychosexuelles des sujets

	Être en santé	Être sécuritaire	Être en amour	Être sexuel
Estime sexuelle	0,37***	0,33**	0,41***	0,34***
Affirmation sexuelle	0,38***	0,37***	0,28**	0,30**
Contrôle sexuel interne	0,25*	0,22*	0,29**	0,28**
Conscience sexuelle	0,43***	0,44***	0,22*	0,27*
Motivation sexuelle	0,18	0,01	0,17	0,19
Satisfaction sexuelle	0,43***	0,25*	0,60***	0,48***
Dépression sexuelle	-0,47***	-0,36***	-0,45***	-0,45***
Anxiété sexuelle	-0,34***	-0,36*	-0,34***	-0,29**
Préoccupation sexuelle	-0,11	-0,13**	-0,05	-0,12
Peur sexuelle	-0,27*	-0,21*	-0,25*	-0,35***
Contrôle sexuel externe	-0,30**	-0,23*	-0,43***	-0,24*
Perception sociale	-0,03	-0,07	0,13	0,08

* $p < ,05$

** $p < ,01$

*** $p < ,001$

Des analyses de variance de type régression multiple ont permis de préciser les relations entre toutes ces variables. Tout d'abord, la pratique du sécurisexe ($\beta=0,57$) et la relation amoureuse ($\beta=0,33$) sont les deux principales variables explicatives de la bonne santé physique. Ensuite, le fait d'avoir des relations sexuelles sécuritaires est influencé par une bonne santé physique ($\beta=0,43$), une moins grande préoccupation sexuelle ($\beta=-0,21$) et une grande conscience de sa dynamique sexuelle ($\beta=0,22$). Pour ce qui est d'être amoureux, les facteurs suivants expliquent cette situation: être satisfait de sa vie sexuelle ($\beta=0,48$), avoir des activités sexuelles ($\beta=0,30$), être en santé ($\beta=0,20$) et avoir peur de la sexualité ($\beta=0,20$). Au sujet des activités sexuelles, être amoureux ($\beta=0,39$) influence l'adoption de certains comportements sexuels.

Discussion

Être en bonne santé constitue le besoin prioritaire identifié dans notre étude. Cette préoccupation à garder son corps en bonne santé pourrait expliquer, en partie du moins, le désinvestissement du corps sexuel que l'on observe chez les personnes séropositives. Elles trouvent moins important de toucher et de se faire toucher sexuellement. D'ailleurs, on leur a sûrement conseillé de s'abstenir de toute activité sexuelle, de limiter leurs contacts sexuels ou de pratiquer le sécurisexe afin d'éviter d'être réinfectées, comme le suggèrent Filice et Pomeroy (1991). Ainsi, la séropositivité entraînerait un nouveau rapport au corps pour les personnes infectées par le virus du sida. Le corps libidinal serait transformé en corps médical. Il deviendrait davantage un corps à soigner qu'un corps à faire jouir. Siegel et Krauss (1991) rapportent les stratégies adaptatives qu'appliquent les hommes homosexuels séropositifs dans le but de maintenir leur santé physique: ils sentent le besoin de contrôler leur santé en s'informant des facteurs pouvant activer le virus du sida, en consultant les services médicaux et en adoptant un style de vie sain (repos, alimentation équilibrée, sobriété). Ce souci de se maintenir en bonne santé s'exprime par une attention accrue à l'égard du moindre symptôme physique qui pourrait annoncer une détérioration de leur état de santé.

Les analyses statistiques ont permis de constater que la pratique du sécurisexe et le fait d'avoir une relation amoureuse annoncent une bonne santé physique. Dès lors, le fait pour les sujets séropositifs d'éviter les comportements sexuels à risque élevé et de changer certaines habitudes sexuelles viendrait s'inscrire dans une restructuration globale de leur style de vie. Celle-ci impliquerait également d'éviter les comportements nocifs pour la santé, de changer leur régime de vie afin de se garder le plus possible en bonne santé. Cette réorganisation impliquerait également une valorisation des rapports amoureux qui aurait, à son tour, un impact sur la santé physique. Ainsi, la relation amoureuse contribuerait à l'établissement et au maintien d'une meilleure hygiène de vie, de même qu'à l'adoption de comportements sexuels sécuritaires. Concernant ce dernier point, Julien et al. (1992) ont effectivement observé que la satisfaction relationnelle chez les couples gais est positivement associée au sécurisexe.

Comme l'indiquent les corrélations, le fait de se percevoir en bonne santé physique est associé chez les personnes séropositives à une plus grande conscience de leur dynamique sexuelle intérieure, une plus grande affirmation de soi dans les activités sexuelles, une plus grande estime sexuelle et une plus grande satisfaction sexuelle. Les personnes séropositives qui se sentent bien physiquement se sentent également

bien sexuellement. L'inverse fut observé dans l'étude de Hale et Strassberg (1990), où le sentiment d'inconfort physique venait altérer le bien-être sexuel. Dès lors, l'inquiétude pour sa santé physique viendrait perturber la vie sexuelle des sujets. Bahr et Weeks (1989) ont noté que les hommes homosexuels qui avaient peur du sida vivaient de nombreuses difficultés sexuelles. En ce sens, les personnes craignant d'être réinfectées estimeraient les activités sexuelles moins satisfaisantes et sentiraient moins le besoin d'assouvir leurs appétits sexuels.

Être sécuritaire lors des activités sexuelles constitue une préoccupation majeure pour les participants homosexuels de la présente étude. Les enquêtes épidémiologiques ont révélé que les hommes homosexuels séropositifs ont réduit davantage le nombre de relations anales (Calzavara et al., 1991; Huggins et al., 1991) et utilisent davantage le condom (Catania et al., 1991; Schechter et al., 1988) que les hommes homosexuels séronégatifs. Les sujets séropositifs de notre étude ont également indiqué qu'ils réussissaient assez bien à pratiquer le sécurisexe. Dès lors, «être sécuritaire» ne constitue pas un besoin prioritaire pour eux. Soulignons toutefois qu'ils trouvent moins important et atteignent moins l'objectif suivant: éviter les activités sexuelles à risque même si elles paraissent excitantes. Il est donc manifestement nécessaire de continuer les programmes de consultation et d'éducation visant à changer les comportements sexuels des personnes infectées.

Un programme expérimenté et évalué à Washington auprès de 95 sujets séropositifs (Nyanjom et al., 1988) a permis de constater les changements suivants: une plus grande préoccupation vis-à-vis des risques de transmission du virus du sida, une diminution de la fréquence des activités sexuelles et une augmentation des comportements sexuels sécuritaires. Selon Kelly (1991), changer le comportement sexuel à haut risque est une tâche difficile qui exige l'acquisition de nouvelles habiletés, la modification du style de vie et le soutien de l'environnement pour assurer le renforcement des acquisitions. À ces éléments, il faut ajouter la santé mentale et sexuelle, puisque la dépression (Kelly et al., 1991) et la dépression sexuelle (cf. tableau 5) sont associées à l'adoption de comportements sexuels à haut risque. Étant donné que l'adoption de comportements non sécuritaires entraîne des perturbations sérieuses de la santé mentale (Joseph et al., 1989), les personnes séropositives qui ont maintenu ou développé une vision positive de soi et de leur sexualité pourront plus facilement s'adapter à leur nouvelle condition de vie.

Être amoureux constitue un besoin ressenti par les sujets séropositifs et qui n'est pas comblé. La séropositivité a sûrement engendré, chez plusieurs d'entre eux, un recentrage des relations interpersonnelles autour du couple. Une première analyse des entretiens avec trente

hommes homosexuels séropositifs (Dupras et Morisset, 1992a) nous avait permis de constater que les sujets interviewés accordaient plus de place aux sentiments dans leur sexualité. Si la sexualité passionnelle, fragile et éphémère était devenue moins importante pour eux, la relation amoureuse, solide et durable était valorisée, souhaitée et recherchée.

Le repli sur la relation de couple est devenu une nouvelle configuration de l'univers homosexuel depuis l'avènement du sida. Pollak et Schiltz (1991) rapportent qu'en France, le taux d'hommes homosexuels vivant une relation de couple fidèle est passé de 10% à 26% entre 1985 et 1990. En plus de constituer un moyen de protection contre le virus du sida, la vie de couple répond à des besoins de santé mentale. De fait, Schmitt et Kurdek (1987) ont observé chez les hommes homosexuels que la relation de couple était associée à un sentiment de mieux contrôler leur vie et à un niveau moins élevé d'anxiété et de dépression. Dans le même sens, les corrélations obtenues dans la présente étude (cf. tableau 5) révèlent que plus les sujets réussissent à être amoureux, plus ils sont satisfaits de leur vie sexuelle et moins ils sont dépressifs sexuellement.

Si la relation sexuelle amoureuse est considérée comme une solution plus valable que la relation sexuelle anonyme pour les hommes homosexuels séropositifs, alors pourquoi n'arrivent-ils pas à satisfaire ce besoin? On peut trouver des éléments de réponse en considérant les répercussions psychosociales de la séropositivité. Comme le rapportent Lamping et al. (1992), la séropositivité entraîne une détresse psychologique caractérisée par des sentiments de dépression, d'angoisse, de colère et d'inquiétude. Cette expérience d'inconfort psychologique que les sujets vivent alors constitue un obstacle à la relation de couple. Kurdek (1992) a pu observer, chez les hommes homosexuels qui ont mis fin à leur vie de couple, une affectivité négative. De plus, l'incertitude face à l'avenir, l'abandon de certains projets de vie, la crainte de devenir malade et surtout d'être un fardeau pour leur partenaire qui devra vivre un deuil peuvent les faire hésiter, voire même les décourager d'investir dans la vie de couple.

Être sexuel est un besoin non satisfait chez les hommes séropositifs. Pour plusieurs d'entre eux, une façon de s'adapter à la séropositivité consiste à se désintéresser de la sexualité. Ils vont traverser une période plus ou moins longue et profonde de dépression sexuelle, caractérisée par les syndromes suivants: tristesse, désintéressement, ralentissement et isolement sexuel (Dupras et Morisset, 1992b). Les analyses corrélatives effectuées dans la présente étude ont permis de confirmer que la dépression sexuelle était associée avec une moins grande activité sexuelle. L'inconfort psychologique ressenti par les hommes homosexuels séropositifs viendrait alimenter cette dépression sexuelle. Dero-gatis et al. (1981) ont effectivement observé une forte inhibition du désir

sexuel chez les sujets ayant des réactions dépressives et anxiogènes prononcées.

La séropositivité entraîne une modification du style de vie sexuelle chez les personnes infectées. Calzavara et al. (1991) ont noté chez les hommes homosexuels séropositifs une réduction du nombre de partenaires sexuels et du volume d'activité sexuelle; les hommes séropositifs ont réduit d'une façon plus significative ces deux types de comportements à haut risque que les hommes séronégatifs. Ce changement de comportements sexuels est en grande partie dû à la peur de transmettre le virus du sida et d'être réinfecté. La peur de la sexualité serait accompagnée de tension et d'anxiété qui viendraient perturber le fonctionnement général de la sexualité (Miller et al., 1982).

L'amour aurait un effet antidépressif et antianxiogène dans le domaine de la sexualité, puisque l'attachement amoureux annonce l'engagement dans des activités sexuelles chez les sujets séropositifs. Dans le même sens, Pollak (1991) rapporte que la fréquence des activités sexuelles est plus élevée chez les hommes homosexuels vivant en couple que chez ceux qui vivent seuls. Le penchant amoureux viendrait répondre au besoin d'une rencontre significative où il pourra y avoir échange d'affection dans un contexte sécuritaire et serein.

Pour conclure, soulignons que la présente étude a permis de mieux circonscrire les besoins sexuels des hommes homosexuels séropositifs et de repenser les interventions qui leur sont destinées. Des programmes de counseling de groupe destinés à des personnes séropositives ont jugé important de consacrer une rencontre au sécurisexe («safer sex») et à l'intimité sexuelle (Child et Getzel, 1989; Coleman et Harris, 1989; Levine et al., 1991). Ces dernières mettent particulièrement l'accent sur l'adoption de comportements sécuritaires en négligeant les besoins affectifs et sexuels. Dans les approches préventives, on aborde souvent la sexualité selon le modèle de la consommation: la sexualité est devenue un produit qu'il faut consommer en étant averti et en prévoyant les risques. Il ne faudrait pas oublier que la sexualité ne se limite pas à avoir des comportements, mais qu'elle implique d'être sexué et sexuel. Le suivi psychosocial devrait permettre aux personnes séropositives de prendre conscience des altérations de la sexualité causées surtout par des inconforts biopsychosociaux, et d'en tenir compte dans le processus de structuration de leur nouvelle sexualité.

RÉFÉRENCES

- BAHR, J.M., WEEKS, G.R., 1989, Sexual functioning in a nonclinical sample of male couples, *The American Journal of Family Therapy*, 17, n° 2, 110-127.

- CALZAVARA, L.M., COATES, R.A., JOHNSON, K., READ, S.E., FAREWELL, V.T., FANNING, M.M., SHEPHERD, F.A., MacFADDEN, D.K., 1991, Sexual behaviour changes in a cohort of male sexual contacts of men with HIV disease: A three-year overview, *Canadian Journal of Public Health*, 82 (mai-juin), 150-156.
- CATANIA, J.A., COATES, T.J., STALL, R., BYE, L., KEGELES, S.M., CAPELL, F., HENNE, J., MCKUSICK, L., MORIN, S., TURNER, H., POLLACK, L., 1991, Changes in condom use among homosexual men in San Francisco, *Health Psychology*, 10, n° 3, 190-193.
- CHILD, R., GETZEL, G.S., 1989, Group work with inner city persons with AIDS, *Social Work with Groups*, 12, n° 4, 65-80.
- CLEMENT, U., 1988, La situation psychosociale des infectés par le VIH, *Médecine et Hygiène*, 46, 1064-1066.
- COLEMAN, V.E., HARRIS, G.N., 1989, A support group for individuals recently testing HIV positive: a psycho-educational group model, *The Journal of Sex Research*, 26, n° 4, 539-548.
- CORBIN, J.M., STRAUSS, A., 1987, Accompaniments of chronic illness: changes in body, self, biography, and biographical time in Roth, J.A., Conrad, P., éd., *Research in the Sociology of Health Care*, 6, JAI, Greenwich, CT, 249-281.
- DEROGATIS, L.R., MEYER, J.K., KING, K.M., 1981, Psychopathology in individuals with sexual dysfunction, *American Journal of Psychiatry*, 138, n° 6, 757-763.
- DUPRAS, A., MORISSET, R. 1992a, Sexualité et séropositivité au VIH, *Frontières*, 4, n° 3, 47-49.
- DUPRAS, A., MORISSET, R. 1992b, Dépression sexuelle et séropositivité (sous presse).
- EARL, W.L., HOLMQUIST, L., KERR, D., 1991, *Sexual Dysfunction, High Risk Sexual Behavior and Identity: Pressures Males and HIV*, Communication présentée à la 7^e conférence internationale sur le sida, Florence.
- FILICE, G.A., POMEROY, C., 1991, Preventing secondary infections among HIV-positive persons, *Public Health Reports*, 106, n° 6, 503-517.
- GREEN, J., MCCREANER, A., 1989, *Counselling in HIV Infection and AIDS*, Blackwell Scientific, Oxford.
- HALE, V.E., STRASSBERG, D.S., 1990, The role of anxiety on sexual arousal, *Archives of Sexual Behavior*, 19, n° 6, 569-581.
- HUGGINS, J., ELMAN, N., BAKER, C., FORRESTER, R.G., LYTER, D., 1991, Affective and behavioral responses of gay and bisexual men to HIV antibody testing, *Social Work*, 36, n° 1, 61-65.
- JOSEPH, J.G., KESSLER, R.C., WORTMAN, C.B., KIRSCHT, J.P., TAL, M., CAUMARTIN, S., ESHLEMAN, S., ELLER, M., 1989, Are there psychological costs associated with changes in behavior to reduce AIDS risk? in Mays, V.M., Albee, G.W., Schneider, S.F., éd., *Primary prevention of AIDS*, Sage Publications, London, 209-224.

- JULIEN, D., PIZZAMIGLIO, M.T., BRAULT, M., LÉVEILLÉ, S., 1992, Qualité relationnelle des couples gais et conduites sexuelles à risque, *Santé mentale au Québec*, XVII, n° 1.
- KAUFFMAN, R., ENGLISH, F.W., 1979, *Needs Assessment: Concept and Application*. Educational Technology Publications, Englewood Cliffs.
- KELLY, B., DUNNE, M., RAPHAEL, B., BUCKHAM, C., ZOURNAZI, A., SMITH, S., STATHAM, D., 1991, Relationships between mental adjustment to HIV diagnosis, psychological morbidity and sexual behaviour, *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 370-372.
- KELLY, J.A., 1991, Changing the behavior of an HIV-seropositive man who practices unsafe sex, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, n° 3, 239-240, 264.
- KELLY, J.A., ST. LAWRENCE, J., 1988, *The AIDS Health Crisis: Psychological and Social Interventions*, Plenum, New York.
- KURDEK, L.A., 1992, Relationship stability and relationship satisfaction in cohabiting gay and lesbian couples: a prospective longitudinal test of the contextual and interdependence models, *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 125-142.
- LAMPING, D.L., JOSEPH, L., RYAN, B., GILMORE, N., 1992, Détresse psychologique chez les personnes atteintes du VIH à Montréal, *Santé mentale au Québec*, XVII, n° 1.
- L'ÉCUYER, R., 1990, *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi*, Presses de l'Université du Québec, Sillery.
- LEVINE, S.H., BYSTRITKY, A., BARON, D., JONES, L., 1991, Group psychotherapy for HIV-seropositive patients with major depression, *American Journal of Psychotherapy*, 45, n° 3, 413-424.
- McKUSICK, L., 1988, The impact of AIDS on practitioner and client, *American Psychologist*, 43, n° 11, 935-940.
- MEYER-BAHLBURG, H.F.L., EXNER, T.M., LORENZ, G., GRUEN, R.S., GORMAN, J.M., EHRHARDT, A.A., 1991, Sexual risk behavior, sexual functioning, and HIV-disease progression in gay men, *The Journal of Sex Research*, 28, n° 1, 3-27.
- MILLER, G.D., McLOUGHLIN, C.S., MURPHY, N.C., 1982, Personality correlates of college students reporting sexual dysfunction, *Psychological Reports*, 51, 1075-1082.
- MILLER, R., BOR, R., 1988, *AIDS. A Guide to Clinical Counselling*, Science Press, Londres.
- MORAN, T.A., LOVEJOY, N., VIELE, C.S., DODD, M.J., ABRAMS, D.I., 1988, Informational needs of homosexual men diagnosed with AIDS or AIDS-related complex, *Oncology Nursing Forum*, 15, n° 3, 311-314.

- NYANJOM, D., GREAVES, W., DELAPENHA, R., BARNES, S., BOYNES, F., FREDERICK, W.R., 1988, Sexual behavior change among HIV-seropositive individuals, *AIDS and Public Policy Journal*, 3, 71-73.
- O.M.S., 1975, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- POLLAK, M., 1991, Safer sex en France. À propos des homo — et bisexuels masculins, *Revue de médecine psychosomatique*, 25, 53-58.
- POLLAK, M., SCHILTZ, M.A., 1991, Les homosexuels français face au sida, *Anthropologie et Société*, 15, n° 2-3, 53-65.
- ROCHET, S., DUTEY, P., RETORNAZ, G., LIVROZET, J.M., BONIN, J.P., GUTBRAUD, P., TREPO, C., TOURAINE, J.L., BERTRAND, J.L., 1990, Un aperçu de la sexualité des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), *Rétrovirus*, 3, n° 5, 17-24.
- SCHECHTER, M.T., CRAIB, K.J.P., WILLOUGHBY, B., DOUGLAS, B., MCLEOD, W.A., MAYNARD, M., CONSTANCE, P., O'SHAUGHNESSY, M., 1988, Patterns of sexual behavior and condom use in a cohort of homosexual men, *American Journal of Public Health*, 78, n° 12, 1535-1538.
- SCHMITT, J.P., KURDEK, L.A., 1987, Personality correlates of positive identity and relationship involvement in gay men, *Journal of Homosexuality*, 13, n° 4, 101-109.
- SIEGEL, K., KRAUSS, B., 1991, Living with HIV infection. Adaptative tasks of seropositive gay men, *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 17-32.
- SNELL, W.E., FISHER, T.D., 1991, *The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An Objective Measure of Psychological Tendencies Associated with Sexuality*, Southeast Missouri State University, Cape Girardeau.
- STALL, R.D., COATES, T.J., HOFF, C., 1988, Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men: a review of results from the United States, *American Psychologist*, 43, 878-885.
- WEITZ, R., 1991, *Life with AIDS*, Rutgers University Press, Nouveau-Brunswick.

The sexual needs of HIV-positive homosexual men

ABSTRACT

A two-step study was conducted to identify the sexual needs of a group of seropositive homosexual men. At first, there was an interview with 30 men which aimed to define their objectives of sexual health. This was followed by a questionnaire distributed among 88 seropositive men and 173 seronegative men, who evaluated the objectives stated in the first step. The statistical analysis of collected data allowed for the identification and narrowing down of four major needs: being in good

health, being in love, being sexual and, to a lesser degree, being secure. Results are discussed and point to the role played by the biological, psychological and sociological uneasiness in the context of the difficulties that seropositive homosexual men have in satisfying their sexual needs. This evaluation can prove useful in the planning and the implementation of sexological services for HIV-positive persons.