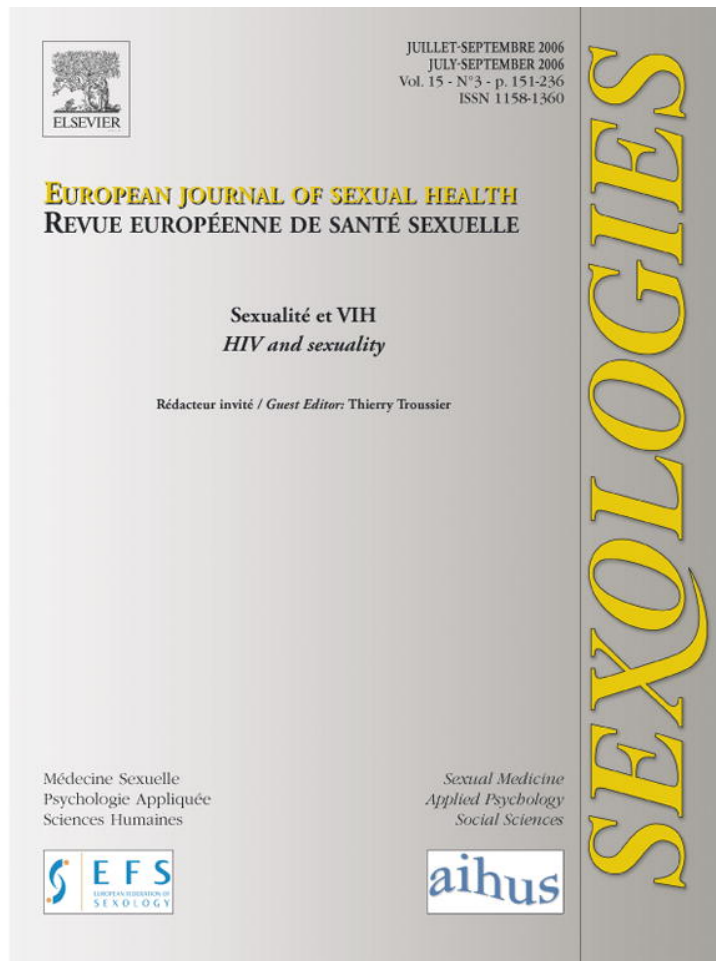


Provided for non-commercial research and educational use only.
Not for reproduction or distribution or commercial use.



This article was originally published in a journal published by Elsevier, and the attached copy is provided by Elsevier for the author's benefit and for the benefit of the author's institution, for non-commercial research and educational use including without limitation use in instruction at your institution, sending it to specific colleagues that you know, and providing a copy to your institution's administrator.

All other uses, reproduction and distribution, including without limitation commercial reprints, selling or licensing copies or access, or posting on open internet sites, your personal or institution's website or repository, are prohibited. For exceptions, permission may be sought for such use through Elsevier's permissions site at:

<http://www.elsevier.com/locate/permissionusematerial>



available at www.sciencedirect.com



journal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/sexol>



ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

La qualité de la vie sexuelle et affective favorise la prévention chez les personnes vivant avec le VIH

The quality of life from a sexual and emotional point of view has a positive effect on prevention for patients living with HIV

T. Troussier (MD, Sexologue, médecin de santé publique)^{a,*},
C. Tourette-Turgis (PhD, psychosociologue, Maître de conférences en sciences de l'éducation, cofondatrice de Comment Dire Paris)^b

^a 16, rue de la Convention, 75015 Paris, France

^b Laboratoire CIVIC, université de Rouen, France

Disponible sur internet le 26 juillet 2006

MOTS CLÉS

Infection VIH ;
Personnes séropositives ;
Sexologie ;
Psychosociologie ;
Estime de soi ;
Vie sexuelle et affective ;
Prévention

Résumé La question de la vie affective et sexuelle ne serait peut-être pas entrée dans la sphère du soin VIH si la santé publique n'avait pas été confrontée à une augmentation soudaine d'infections sexuellement transmissibles et à un maintien d'un taux constant de séroprevalence du VIH en France. L'article présente des données cliniques issues d'une consultation de sexologie et d'ateliers estime de soi mis en place dans deux services hospitaliers parisiens prenant en charge des patientes et des patients séropositifs au VIH dans le cadre d'une étude pilote financée par la direction générale de la santé et pilotée par l'association Counseling, Santé et Développement en partenariat avec l'organisme Comment Dire. De nombreuses publications depuis 2002 établissent un lien entre la séropositivité et les difficultés de prévention et la fréquence importante des troubles de la sexualité chez les personnes séropositives. Entre septembre 2004 et décembre 2005, plus de 100 patients ont bénéficié soit d'une consultation de sexologie soit d'un atelier sur l'estime de soi. Les objectifs étaient : réduire les troubles de la sexualité, identifier les difficultés sexuelles causées par la prévention ou ayant un impact sur la prévention de la transmission sexuelle de l'infection à VIH et des IST. La présentation de cas concrets permet de voir la pertinence d'une réponse sexologique et/ou psychosociologue en montrant le rôle inhibiteur transversal du stigma et son poids dans l'imaginaire érotique. Ce travail présente une articulation nouvelle entre les facettes subjectives et sociales à l'œuvre dans la construction ou la déconstruction des modes d'expression de la vie érotique et amoureuse chez des personnes confrontées à une maladie sexuellement transmis-

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Thierry.troussier@sante.gouv.fr (T. Troussier).

sible. Il invite plus largement à intégrer dans les services de soin des actions portant sur la qualité de vie affective et sexuelle des personnes atteintes de maladies chroniques.

© 2006 Publié par Elsevier SAS.

KEYWORDS

HIV infection;
HIV-positive patients;
Sexology;
Psychosociology;
Self-esteem;
Sex- and emotional life;
Prevention

Abstract The issue of the emotional and sex-life of patients would most probably never have entered the sphere of care for HIV patients if the French national health system had not been faced with a sudden increase in sexually transmitted infections and a constant rate of HIV seroprevalence in the country. This article presents clinical data concerning patients consulting sexologists or attending self-esteem workshops set up in two hospitals in Paris for male and female HIV-positive patients. The data was collected within the scope of a pilot study funded by the Public Health Agency and run by the association "Counseling, Santé et Développement" (Counseling, Health and Development), in partnership with the organisation "Comment Dire". Many publications since 2002 have claimed that there is a correlation between HIV-positivity and prevention difficulties and a high prevalence of sexual disorders in HIV-positive patients. Between September 2004 and December 2005, more than 100 patients attended either a consultation with a sexologist or a self-esteem workshop. The objectives were to reduce sexual disorders; to identify sexual difficulties caused by prevention or that had an impact on the prevention of transmission of HIV infection and STIs. By presenting concrete cases, the relevance of a sexological and/or a psycho-social response is clearly demonstrated, showing that the stigma of the disease plays a transversally inhibiting role, and how important that is in terms of erotic imagery. This work presents a new articulation between the subjective and social facets at play in constructing or deconstructing the ways in which the erotic and love-life is expressed for patients suffering from a sexually transmitted disease. It proves how important it is to include in the treatments offered some ways to improve the quality of life from an emotional and sexual standpoint for patients suffering from chronic diseases.

© 2006 Publié par Elsevier SAS.

Abridged Version

The issue of the emotional and sex-life of patients would most probably never have entered the sphere of care for HIV patients if the French national health system had not been faced with a sudden increase in sexually transmitted infections and a constant rate of HIV seroprevalence in the country (CNS, 2000 and 2005; Desenclos JC, 2002; Cazein F, 2004).

Our aim in this article is to present some clinical data based on sexology consultations and self-esteem workshop sessions organised in two Parisian hospital wards treating male and female HIV-positive patients within the scope of a pilot study. (Troussier T, 2005).

Sexuality for HIV-positive patients

It was not until the arrival of triple regimens in 1996 leading to relative recovery of good health for HIV-positive patients, that the question of their sexuality started to appear as a topic of research in social and behavioural sciences, and even then, only more specifically in relation to issues of public health and the prevention of sexual transmission of HIV (Delfraissy J.F, 2002 and 2004; Gerhart C, 2002; Hugonet S, 2002, Tourette-Turgis C, 2002; Troussier T 2005; Yeni P., 2006).

Difficulties of prevention with HIV-positive patients

Several surveys conducted in France on males who have sexual relations with other males (HSH) show a high rate of risk behaviours in HIV-positive responders (Adam P, 2001

et 2002; INVS 2006). The propagation of syphilis has also been observed in HSH subjects in Paris, and 50% of reported cases are for HIV-positive HSH subjects (Desenclos JC, 2002).

Sexual disorders in HIV-positive patients

In Vespa's study (Lert F. 2004), conducted in France and in French territories overseas, between 35 and 44% of HIV-positive patients undergoing treatment report also suffering from sexual disorders. Amongst the 60% of HIV-positive subjects who state that they had sexual relations with a stable partner - male or female -, 32 to 45% admit to interruptions in prevention.

Sexological and psychosocial intervention in favour of better quality of sex- and love-life for HIV-positive patients (review of pilot projects at the end of 2005)

Sexology consultations

The aim of the sexology interview is to restore the capacity of the patient to be inventive in finding new sexual behaviours combining fulfilment as a human being and responsibility towards oneself and others (Waynberg J, 2004). The relationship between carer and patient explores according to needs:

« Self-esteem » workshops

Participants are encouraged in these workshops to identify the impact that the disease and/or the virus infection has

on their self-esteem, and then to work with their peers on the important personal issues in their lives that affect their self-esteem and the quality of their emotional and sex life.

The model developed is therefore part of a structural approach to prevention that aims to define HIV infection not only as a medical condition, but also as a social condition. Economic and social living conditions and the level of stigma associated with HIV infection have an effect on the quality of life from an emotional, social and sexual standpoint for HIV-positive subjects, and consequently on their attitudes, their intentions and the behaviour with regard to prevention. (Fig. 1: *The meta-model diagram*).

Common themes

Common themes are involved with the experience of risk, fear of not being able to control some aspects of prevention in one's sexual interactions, personal reorganisation of one's erotic life, and one's life project from an emotional and sexual point of view.

Data obtained from sexology consultations (N = 100 patients)

A specific symptomatology was often identified during the interviews

- Ceasing of sexual intercourse, oral sex, or even kissing;
- unsatisfactory sexual relations related to controlling one's sexuality and the use of contraceptives;
- unprotected sexual intercourse, due to erectile disorders;
- unsatisfactory sexual relations with multiple partners;
- sexual practices that do not meet the patients' desires;
- breakdown or dysfunction in the partners' relationship.

Disorders and complaints leading to the consultation

All the female subjects (Basson R, 2004) consulted for desire disorders. These disorders are usually associated with orgasm disorders and difficulties in sexual arousal. Twenty-five percent of women reported desire disorders associated with sexual aversion.

Most of the male subjects (Brenot P, 2004) consulted for erection disorders. In one quarter of cases, the case history includes antiretroviral treatments which might have erection-related side effects. In nearly half the cases, the patient reports loss of, or low self-esteem.

A new approach to the erotic function since HIV/Aids

In cases where patients see a connection between prevention and sexual dissatisfaction (loss of libido, loss of erection or pleasure), clinical experience shows that the aetiology of sexual disorders has to be totally reconsidered in the light of HIV. In the case of men, by taking the issue to the limits of subjective estimation of the "vital need" to reach orgasm and ejaculate; and for women the mental representations of penetration and contact with fluids need to be explored. The erotic potential (need-request-desire) is upset to one degree or another by the risk of HIV-transmission or contamination. Feelings of guilt in having the disease, disgust with intimate secretions and the physi-

cal stigma of Aids or the treatment of Aids are the main factors involved in the three constants of the erotic function.

Competence acquired in terms of sexual satisfaction and prevention

- Having clarified one's own representations of HIV/Aids with regard to the impact on one's sex-life and love-life and mobilised one's capacity for resilience;
- having clarified one's "quest" by fulfilling one's sex- and love-life taking account of one's partner, and the impact of HIV/Aids on the relationship;
- becoming aware of the advantages of kissing as a non-contaminating interaction, calling upon all the senses and symbolising fusion and affection;
- becoming aware of the role of self-esteem as a motor of sexual desire;
- having found one's own resources to mobilise one's erotic potential: one's senses, emotions and the meaning of intimate acts.

Data obtained from self-esteem workshops (N = 46)

The groups were composed of both long-standing and newly-infected HIV-positive patients, and were discussion forums about sexual and social styles, but also with the aim of remotivating oneself. Prevention: a topic that was raised spontaneously.

Exchange with peers; mutually motivating receptivity

- Being able to express one's HIV-related suffering;
- no longer feeling alone, establishing links of friendship;
- the impact on one's self-image through dress;
- a new approach to one's love-and sex-life;
- feedback on *coming out*.

Competence acquired in terms of self-esteem and prevention

- the practice of open assertion;
- a different presentation of oneself (mobilising one's capacities for resilience);
- mobilisation of emotional potential by releasing the angers and fears related to HIV, the disease, sexuality;
- the creation of collective norms for prevention thanks to discussions and dialogue with peers;
- the discovery of the need for unconditional support from peers to overcome certain difficulties.

Conclusion

As opposed to the medical approach which focuses on fighting HIV by means of treatment and care, our sexology consultation and self-esteem workshops are forums for support and dialogue, where the accent is placed not on the

fight against HIV but on finding the best possible way to integrate HIV into one's life.

We are obliged to conclude that there has been very little research conducted into the emotional and sexual-lives of HIV-positive patients, and to recognise the limitations of our work which should be continued with other studies to explore the dynamics of the various elements at play in the emotional and sex-lives of HIV-positive men and women. But it is clear that the HIV-positive subjects who took part in these two types of support activities, individual and group, confirmed that the HIV infection had a serious effect on the quality of their emotional and sex-lives. We can therefore not recommend strongly enough that care-providers working in the field of HIV should include in their prevention programmes some activities aiming at restoring the emotional and erotic capacities damaged both by the HIV infection itself and the social representations made of it.

It might be of interest to reflect on the position of sexuality in the treatment process and behaviour, particularly in the case of sexually transmitted diseases. On the patients' side, there would appear to be demand on issues related to sexuality. The question now is to ascertain the best ways for services working with HIV patients to respond. Many chronic diseases, not to say most of them, are sexually disabling, so it seems to us essential to ensure that the medical services provided to patients also take account of their quality of life from a sexual and emotional point of view.

Version longue

La question de la vie affective et sexuelle ne serait peut-être pas entrée dans la sphère du soin VIH si la santé publique n'avait pas été confrontée à une augmentation soudaine d'infections sexuellement transmissibles et à un maintien d'un taux constant de séroprévalence du VIH en France (CNS, 2000, 2005 ; Desenclos, 2002 ; Cazein, 2004). Dans le rapport d'experts coordonné par le Pr Delfraissy (2002), ouvrage définissant bi-annuellement les recommandations officielles dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH, on pouvait lire pour la première fois des recommandations concernant l'abord de la sexualité dans le suivi des personnes séropositives sous la forme suivante : « des consultations spécifiques de prise en charge des troubles sexuels doivent être mises en place dans les services ». Des versions ultérieures des rapports d'experts (Delfraissy J.F., 2004 et Yeni P., 2006) confirment l'importance de la prévention considérée comme un des enjeux majeurs « parce que l'infection par le VIH est principalement en 2004 une infection qui se transmet par voie sexuelle en France. » Les experts des rapports l'inscrivent comme une action d'éducation pour la santé à conduire dans les milieux de soin ou d'accueil des personnes séropositives sans en définir les modalités d'exercice ou recommander des méthodes pédagogiques particulières.

Notre propos dans cet article est de présenter des données cliniques issues d'une consultation de sexologie et d'ateliers « estime de soi » mis en place dans deux services hospitaliers parisiens prenant en charge des patientes et des patients séropositifs au VIH dans le cadre d'une étude pilote. Cette étude (Tourette Turgis, 2006) a été financée

par la Direction générale de la santé (DGS) et pilotée par l'association Counseling, Santé et Développement en partenariat avec l'organisme Comment Dire (Troussier, 2005).

Dans cet article, nous avons retenu le terme de « qualité de vie affective et sexuelle » de manière à ne pas entrer dans le débat sur les risques de médicalisation de la sexualité dès lors qu'on utilise des termes comme santé sexuelle, même si l'OMS (WHO, 2004) décrit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social au niveau sexuel et ajoute dans sa définition, l'accès au plaisir dans un climat de sécurité dont sont exclues la coercition, la discrimination et la violence.

La sexualité des personnes séropositives

Comme le note Marie Ange Shiltz (1999), la sexualité des personnes séropositives n'a reçu aucune attention pendant une longue période de l'épidémie et ce pour de multiples raisons sachant qu'une des raisons principales était la haute mortalité rencontrée chez les personnes malades du sida. Il a fallu attendre l'arrivée des trithérapies en 1996 et un certain retour à la santé des personnes séropositives pour que la question de la sexualité des personnes séropositives surgisse dans les thèmes de recherches en sciences sociales et comportementales et ce notamment en lien avec un questionnement de santé publique sur la prévention de la transmission sexuelle du VIH (Crepaz et Marks, 2002, Crepaz, 2002 ; Gerhart, 2002 ; Hugonnet, 2002 ; Tourette-Turgis, 2002 ; Troussier, 2003).

Les difficultés de prévention chez les personnes séropositives

Une étude conduite auprès de 145 couples hétérosexuels sérodiscordants en Californie montre que 45 % de ces couples déclarent avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales non protégées au cours des derniers six mois (Buchacz, 2001).

Plusieurs enquêtes menées en France auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) mettent en évidence chez les répondants séropositifs un taux élevé de prises de risque (Adam, 2002, 2001 ; INVS, 2006). On observe également une propagation de la syphilis constatée chez les hommes HSH à Paris dont 50 % des cas rapportés le sont chez des HSH séropositifs (Desenclos, 2002).

Les troubles de la sexualité chez les personnes séropositives

Une étude conduite en France (Lallemand, 2002), auprès de 156 patients masculins en traitement et suivis en consultation externe, montre que 71 % déclarent des troubles sexuels (perte de libido, troubles de l'érection, difficultés lors de l'orgasme) sachant que 18 % d'entre eux avaient déjà ce problème avant leur séropositivité et 32,4 % avant la prise d'un traitement antirétroviral.

Dans l'enquête Vespa (Lert, 2004) conduite en France et dans les départements d'Outre-mer, 35 à 44 % personnes séropositives en traitement déclarent avoir des troubles de la sexualité. Sur les 60 % des personnes séropositives qui déclarent avoir des relations sexuelles avec un partenaire ou une partenaire stable, 32 à 45 % d'entre elles disent

avoir eu des épisodes de non-observance dans leurs conduites préventives.

Une étude européenne, conduite en 2004 auprès de 166 femmes, montre chez 25 % des femmes des troubles de la fonction sexuelle. Ces troubles sont liés à l'impact de la séropositivité et aux facteurs psychologiques qui en découlent (Florence, 2004).

Enfin, plus récemment en 2005, une étude anglaise, conduite auprès de 21 femmes séropositives, sous forme d'entretiens qualitatifs sur leurs relations sexuelles, démontre l'impact négatif de la séropositivité -- sur la qualité de leur vie sexuelle (baisse de libido, réduction du plaisir sexuel, difficultés à trouver des partenaires) -- et sur la prévention (difficultés à négocier l'usage du préservatif, la peur du rejet si elles informent leurs partenaires sur leur statut sérologique). Cette étude qualitative définit les stratégies compensatrices utilisées par les femmes pour faire face aux difficultés engendrées par la séropositivité (Keegan, 2005).

Ces études invitent à développer plusieurs types d'intervention en direction des personnes séropositives tant il est évident qu'une seule réponse ou qu'un seul type d'approche ne peut résoudre les problèmes soulevés par la question de la prévention chez les personnes séropositives (Gerhart, 2002 ; Buchacz, 2001). Les interventions que nous présentons ci-après dans cet article, à savoir une intervention sexologique et une intervention psychosociologique, développées dans un même projet pilote auprès de personnes séropositives, visent pour la première à réparer les troubles de la sexualité et pour la seconde à aider les personnes séropositives à mieux faire face aux conséquences de leur séropositivité et aux nombreuses difficultés que la prévention leur impose.

Des interventions sexologique et psychosociologique au service de la qualité de vie affective et sexuelle des personnes séropositives

La consultation de sexologie et les ateliers « estime de soi » sont accessibles aux patientes et aux patients suivis dans les deux services hospitaliers partenaires. La seule différence dans les critères d'inclusion est que dans la consultation de sexologie les patients séropositifs peuvent être accompagnés de leurs partenaires, sans considération de statut sérologique, alors que les ateliers estime de soi sont réservés strictement aux personnes séropositives suivies dans les deux services, ce pour préserver le critère de groupe de pairs, élément fondamental dans l'effet psychosociologique attendu. (Troussier, 2005)

Description brève de la consultation de sexologie et des ateliers estime de soi

La consultation de sexologie se déroule sous la forme d'un à quatre entretiens alors que les ateliers estime de soi se déroulent sur cinq séances bimensuelles d'environ trois heures et accueillent un nombre maximal de 12 personnes.

La consultation de sexologie. L'objectif de l'entretien sexologique est de restituer les capacités de la personne à être inventive de nouveaux comportements sexuels associant sa réalisation en tant qu'être humain et sa responsabilité vis-

à-vis de soi et des autres. La relation soignant-soigné explore en fonction des besoins :

- les représentations du VIH et les croyances du patient sur les modes de transmission ;
- les capacités et la pertinence à annoncer le statut vis-à-vis du VIH au partenaire ;
- les capacités à négocier des comportements de prévention en fonction des rapports sociaux de sexe ou de genre et de l'environnement ;
- la confiance en soi, les relations à l'autre ;
- les ressorts du plaisir lié au réel, à l'imaginaire et à la symbolique par rapport au VIH ;
- le rôle sur les ressorts érotiques liés aux temps, à la continence, à la représentation des sécrétions et fluide vitaux ;
- les sens à l'acte sexuel, aux rapports et à la relation sexuelle.

Les ateliers « estime de soi ». Les participants sont invités au cours des ateliers à identifier l'impact de la maladie et/ou de la séropositivité sur leur degré d'estime de soi et, ensuite, à travailler, grâce à leurs pairs, sur des thèmes personnels importants dans leur vie et qui ont trait à l'estime de soi et à la qualité de vie affective et sexuelle. Pour atteindre ces objectifs, l'animation des ateliers comprend une série de thèmes de travail planifiés comme :

- l'apprentissage d'une présentation de soi par le biais de mises en situation centrées sur une vision de soi osant révéler ses qualités, ses dons, sa résilience, les processus d'autoformation déclenchés par la séropositivité, ses acquis, ses désirs, ses espoirs, ses projets ;
- l'expression, le partage et la résolution en groupe de la colère, des pertes et des abandons, liés à la maladie, à la séropositivité, à l'homophobie, aux discriminations, etc. ;
- l'identification des difficultés à communiquer sur la séropositivité, le désir, la sexualité, la prévention dans des situations exigeant une grande détermination, une confiance en soi et une sécurisation affective de l'autre.

Les dénominateurs communs aux interventions sexologique et psychosociologique

Le métamodèle. Nous avons fait provisoirement l'hypothèse, comme l'illustre le schéma ci-après, que l'amélioration de la qualité de vie affective et sexuelle des personnes séropositives et l'amélioration de leur degré d'estime de soi, auraient un impact positif sur leurs attitudes et comportements de prévention de la transmission (Tourette Turgis, 2006) (Fig. 1).

Le modèle développé s'inscrit donc dans les approches structurales en prévention. Celles-ci visent à définir l'infection à VIH non pas seulement comme une condition médicale mais tout autant comme une condition sociale. Les conditions de vie économiques et sociales et le degré de stigmatisation causée par l'infection à VIH ont un impact sur la qualité de vie affective, sociale et sexuelle des per-

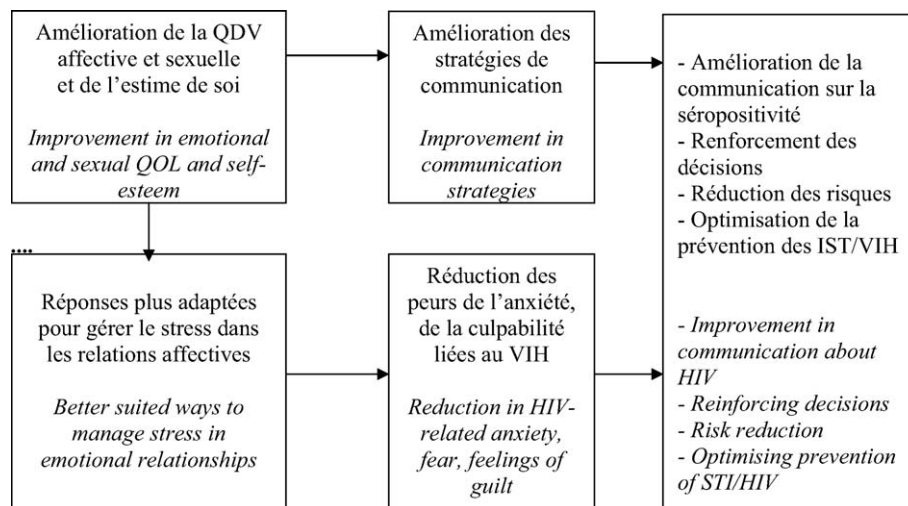


Figure 1 Schéma du métamodèle.
The meta-model diagram.

sonnes séropositives et donc une influence sur leurs attitudes, leurs intentions et leurs comportements de prévention.
Des objectifs partagés.

- mieux repérer l'impact de la séropositivité sur leur vie affective et sexuelle, leurs difficultés de prévention et le stress généré par leur séropositivité et/ou la maladie ;
- acquérir les informations de base sur les modes de transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles ;
- résoudre des difficultés générées par la séropositivité dans leur vie affective et sexuelle ;
- être plus à l'aise pour s'exprimer dans une pluralité de contextes et de situations sexuelles.

Des thèmes communs. Ils portent sur le vécu du risque, les peurs de ne pas savoir maîtriser certains aspects de la prévention dans ses interactions sexuelles, les réaménagements personnels dans la vie érotique, le projet de vie affective et sexuelle.

L'utilisation de méthodes actives. Entre les consultations de sexologie, de même qu'entre les séances des ateliers, les personnes ont un travail personnel à faire en fonction des objectifs qu'elles ont exprimés.

En sexologie, la personne est invitée à explorer, d'une consultation à l'autre, des changements concrets, à formuler une demande à sa ou son partenaire, à réveiller des zones fantasmagiques oubliées, dormantes ou interdites, à rechercher un sens à sa demande et à ses besoins en sexualité.

Dans les ateliers estime de soi, les participants ont des tâches à effectuer d'une séance à l'autre, comme s'entraîner à pratiquer des affirmations ouvertes, lister leurs qualités, transformer des énoncés de plainte en objectifs, appeler quelqu'un au téléphone, sortir de chez-soi, ranger ses affaires, repérer leurs conduites d'autosabotage, pratiquer la technique du disque rayé, etc.

La reconnaissance du rôle de l'estime de soi dans la prévention

L'estime de soi sexuelle comporte toutes les facettes de l'estime de soi, cependant elle est davantage centrée sur la satisfaction et l'acceptation que la personne retire à être et à appartenir à un sexe. Cette estime de soi sexuelle se fonde sur l'évaluation que s'attribue la personne en se comparant aux autres membres de son sexe, au rapport qu'elle établit avec les personnes de l'autre sexe et à la satisfaction qu'elle retire de son être sexué, sexuel et érotique (Bureau, 1977).

L'anxiété et l'isolement, que vivent souvent les personnes dont l'estime de soi est pauvre, les conduisent à limiter leurs interactions sociales et donc à diminuer leurs chances d'établir des contacts interpersonnels intéressants. Une faible estime de soi, associée à une attitude défensive semble être une barrière importante dans la recherche d'un ou d'une partenaire érotique et affectif. Les personnes ayant une faible estime de soi sont défavorisées au niveau de l'attraction et de la durabilité d'une relation amoureuse. L'estime de soi est un élément important dans les relations interpersonnelles et une forte ou faible estime de soi favorise ou rend difficiles les contacts humains et la création de liens interpersonnels.

L'estime de soi sexuelle peut être détériorée par des événements traumatiques, survenus dans la vie de la personne, comme les abus sexuels, le viol et certains types de maltraitance psychique, physique ou sociale portant notamment sur l'identité de genre et l'orientation sexuelle. Dans la mesure où l'infection à VIH est une infection sexuellement transmissible doublée d'un rejet social, on peut faire l'hypothèse qu'elle réduit l'estime de soi sexuelle.

Données issues des consultations de sexologie

Sur les 100 patients que nous avons vus dans les deux services entre septembre 2004 et décembre 2005, 25 étaient des femmes. L'âge moyen des femmes était plus jeune de cinq ans que celui des hommes (45 ans). Les deux tiers des

patients prenaient un traitement antirétroviral. Parmi les consultants, 50 % des hommes se déclaraient hétérosexuels, les autres se déclarant soit bisexuels soit homosexuels.

Qualité de vie sexuelle, prises de risques et prévention

Très fréquemment les consultant(e)s ont déclaré que c'est la première fois qu'ils peuvent exprimer leurs insatisfactions sexuelles mais aussi leurs prises de risques par rapport au VIH et IST. Si on lie ces trois termes (sexualité, prévention et risques) on obtient une symptomatologie particulière souvent retrouvée au cours des entretiens :

- l'arrêt des rapports sexuels, des rapports buccogénitaux, des baisers voire des difficultés d'avoir des pratiques sans pénétration sont souvent liés à la peur de transmettre le virus, au sentiment d'avoir un corps sale ou de sécrétions souillées (sécrétion vaginales, salives, spermes). Certains hommes associent leur sexe à une nuisance nuisible ;
- des rapports sexuels insatisfaisants, car l'obligation de contrôler sa sexualité et l'usage des préservatifs ne permettent pas de s'abandonner, tant pour les hommes que pour les femmes. Les consultants déclarent fréquemment que la barrière en latex du préservatif met une distance avec le partenaire et provoque la perte de l'illusion fusionnelle. Peu de consultants connaissent les traitements postexposition à un risque sexuel. Les modes de transmission sont connus de façon partielle. Les entretiens adaptent les informations aux contextes et s'assurent qu'elles sont comprises et intégrées ;
- des rapports sexuels non protégés, en raison des troubles de l'érection, se retrouvent dans les couples séroconcordants. Chez les couples homosexuels, l'abandon du préservatif est aussi fréquent entre partenaires séroconcordants que sérodifférents ;
- des rapports sexuels non satisfaisants sont souvent associés à des rapports avec des partenaires multiples, inconnus dans des lieux anonymes pour éviter d'exprimer la demande : « l'amour, l'attachement » ou pour ne pas avoir à révéler sa séropositivité ;
- des pratiques sexuelles qui ne répondent pas aux désirs des personnes. Par exemple, en cas d'érection défaillante les hommes homosexuels déclarent des pratiques passives (sodomisation ou *fist*) alors que leurs souhaits seraient d'avoir des pratiques de pénétration actives ;
- la multiplication des prises de risques dans l'anonymat quand il y a eu perte des relations affectives lors de l'annonce de la séropositivité ;
- l'abstinence subie ou des actes transgressifs qui s'associent souvent à l'expression de sentiments de haine et d'effroi ;
- la rupture ou le dysfonctionnement de la relation des partenaires (du au) qui s'explique par le poids trop lourd de l'infection à VIH dans le couple.

Les troubles et plaintes à l'origine de la consultation

Toutes les femmes ($n = 25$) ont consulté pour troubles du désir (Basson, 2004 ; Brenot, 2004). Ces troubles du désir sont associés le plus souvent à des troubles de l'orgasme

et des troubles de l'excitation sexuelle. Un quart des femmes déclaraient des troubles du désir associé à une aversion sexuelle.

La majorité des hommes ont consulté pour des troubles de l'érection. L'anamnèse retrouve dans un quart des cas des traitements antirétroviraux ayant éventuellement des effets secondaires sur l'érection. Dans près de la moitié des cas l'on retrouve dans le discours du patient une perte ou une faible estime de soi. Suite aux bilans biologiques voire aux doppler veineux, peu de troubles érectiles peuvent être imputés à des effets secondaires. La moitié des consultants se plaignent de trouble du désir. Plus rarement l'on peut retrouver associé aux dysérections, des troubles du plaisir, une inversion des pratiques sexuelles voire une abstinence volontaire.

Plus des deux tiers des patients vivaient avec un partenaire stable se répartissant de façon égalitaire entre couples séroconcordants et sérodifférents.

Dans les couples sérodifférents, les plaintes sont deux fois plus nombreuses que dans les couples séroconcordants. Les femmes, vivant en couples sérodifférents, c'est-à-dire ayant un partenaire séronégatif, viennent plus souvent pour des troubles de l'excitation sexuelle de type subjective, des troubles de l'orgasme voire une aversion des rapports sexuels. Les hommes, vivant en couple sérodifférents, expriment deux fois plus de troubles de dysérection que ceux vivant avec des partenaires séropositifs.

Une approche revisitée de la fonction érotique (Waynberg, 2004) au travers de la confrontation au VIH-sida

Lors d'une plainte liant la prévention à une insatisfaction sexuelle (perte de la « libido », baisse de l'érection ou perte du plaisir), l'expérience clinique montre qu'il faut repenser l'étiologie des troubles sexuels au regard du VIH.

Pour les hommes, il importe d'approfondir l'interrogatoire jusqu'aux limites de l'estimation subjective du « besoin vital » de jouir et d'éjaculer. Pour les femmes, les représentations de la pénétration et du contact avec les fluides sont à explorer. Le potentiel érotique (besoin, demande, désir) est plus ou moins perturbé en présence du risque de transmission ou de contamination par le VIH. La culpabilité d'une maladie honteuse, le dégoût des sécrétions intimes et les stigmates corporels de la maladie sida ou de son traitement sont les principaux facteurs qui agissent sur les trois constantes de la fonction érotique. Ces facteurs se surajoutent aux déterminants qui sapent habituellement la fonction érotique et qui sont évalués à travers le potentiel érotique restant ou le potentiel affectif restant. La réponse thérapeutique n'est ni au niveau de l'assistance pharmacologique à l'érection, ni à celui des solutions alternatives aux pénétrations sexuelles tel que fellation sans éjaculation, masturbation réciproque, gadgets, ambiances, lieux insolites ou fantasmes. Les questions clé sur le besoin de jouir doivent être posées et accompagnées : « que cherchez-vous ? Pour qui jouissez-vous ? Qui a besoin de votre érection ? Qu'est-ce qui vous fait femme ? Que représente le "baiser" pour vous ? Quel sens ont vos rapports sexuels ?... ».

Les compétences acquises en termes de satisfaction sexuelle et de prévention

- avoir clarifié ses propres représentations du VIH-sida par rapport aux impacts sur sa vie sexuelle et affective et mobiliser ses capacités de résilience ;
- avoir clarifié « sa quête » à travers la réalisation de sa vie sexuelle et affective en tenant compte de l'autre et de l'impact du VIH-sida dans la relation ;
- prendre conscience de l'intérêt du « baiser » comme rapport non contaminant, mobilisant l'ensemble des sens et symbolisant la fusion et l'affection ;
- avoir pris conscience du rôle de l'estime de soi comme moteur dans le désir sexuel ;
- avoir recherché ses propres ressources pour mobiliser son potentiel érotique : ses sens, les émotions et le sens à l'acte intime.

L'exemple de Marie Claire ou la peur des fluides, la sidération du désir

Marie Claire a 41 ans. Séropositive depuis 15 ans, elle vit en couple avec un homme séronégatif depuis six ans. Elle vient consulter pour une perte du plaisir personnel et du désir dans son couple depuis quatre ans. Elle n'a plus de rapport sexuel mais tient à conserver son couple. La consultation lui permet de prendre conscience de l'absence de son corps physique, compensé par un investissement mental artistique. Elle dit se sentir sale, avoir une obsession de ses fluides impurs (salive, sécrétions vaginales). Elle n'embrasse plus, ne veut plus de rapport vaginal ou buccal même avec un préservatif.

Le premier entretien permet de clarifier les fausses croyances sur les modes de contamination et l'informe de l'existence d'un traitement postexposition en cas de rupture de préservatif et cela afin de réduire l'effet inhibant de ses craintes. Ensuite, le travail s'attache à tenter d'identifier les différences de signification que revêt pour elle la notion de relation et la notion de rapport sexuel. Marie Claire décide de réfléchir à cette question à la fin du premier entretien.

Un mois plus tard, elle revient et sourit quand elle déclare avoir eu avec son partenaire deux rapports protégés. Elle revient sur ce qu'elle appelle son « peu de désir » et de son refus d'embrasser. Un travail d'associations libres sur ses fantasmes personnels permet la mise en scène d'un amant imaginé, stimulant le désir et l'envie d'embrasser.

Deux mois plus tard, elle confirme que l'amant imaginé a un rôle initiateur dans son désir. Elle dit « je me suis rencontrée physiquement (masturbation), mentalement (fantasmes érotiques) et j'ai effectué des changements dans ma vie (habitation, travail, club de sport), j'ai retrouvé le désir ». Nous abordons ensemble à nouveau la non-transmission du VIH lors du baiser. L'entretien lui permet de prendre conscience du rôle important du baiser notamment quand le rapport sexuel est protégé pour favoriser l'illusion fusionnelle.

Commentaires sur la consultation de Marie Claire. Depuis l'annonce de l'infection par le VIH, Marie Claire a un dégoût des fluides vitaux : du sperme qui lui rappelle la contami-

nation et de ses sécrétions qui peuvent transmettre le VIH. Cette représentation a contaminé les rapports, le désir et la relation de couple. En effet, le dégoût a favorisé la confusion entre physique, émotion relationnelle et imaginaire. Le travail réalisé par la patiente sur la dissociation entre rapport physique et les enjeux émotionnels et mentaux de la relation a permis la reprise des rapports sexuels protégés et de la relation désirée dans le couple grâce à un tiers imaginé.

Données issues des ateliers estime de soi

Entre février 2005 et février 2006, nous avons animé quatre ateliers sur le thème de l'*Estime de Soi* qui ont réuni au total 46 personnes, soit 31 hommes et 16 femmes. Venir à l'atelier permet pour la première fois à un certain nombre de participants de parler de leur séropositivité avec d'autres personnes séropositives. Comme l'exprime un participant : « *c'est la première fois que je rencontre 11 séropos d'un coup, j'ai caché ma séropositivité pendant 10-15 ans... depuis cinq ans, ce n'est plus vivable...* ».

La composition des groupes : deux caractéristiques fortes

Certains participants séropositifs depuis 20 ans, environ 30 % dans tous les groupes, dans la mesure où ils ont frôlé la mort de près et ont perdu leurs partenaires de vie et des amis, ont dû entamer un processus de reconstruction dans lequel l'estime de soi est devenue centrale, et ce surtout si le corps est encore marqué par les séquelles de la maladie ou les effets des traitements. Comme l'exprime une participante « *il est important de reconnaître en quoi la maladie nous a transformés mais aussi abîmés.* » Les participants qui n'ont pas connu d'épisodes de maladie souffrent d'une baisse d'estime de soi liée au regard social sur la séropositivité (« qu'on la montre ou qu'on la cache ! ») et cette même estime de soi est attaquée en première ligne dans les rencontres affectives et sexuelles.

Un espace pour discuter des sociostyles sexuels mais aussi pour se redynamiser

Les ateliers ont aussi donné lieu à des échanges sur les modes de vie intimes et sexuels. Plusieurs participants, hommes et femmes, ont pu s'exprimer sur leur vie affective et sexuelle. Cela a toujours eu lieu dans un grand climat d'écoute attentive et impliquante, à la fois pour les personnes qui s'exprimaient et pour celles qui écoutaient et ouvraient un dialogue à partir de la parole entendue. Un homme a pu expliquer comment il vit avec son partenaire à la fois une relation amoureuse et un engagement fort, tout en ayant des relations sexuelles occasionnelles à côté. Une femme a pu évoquer sa bisexualité. Une autre a pu expliquer ce qu'elle attend de son partenaire en termes affectifs et sexuels. Un homme a pu parler de son expérience des rencontres dans les saunas. Cette pluralité de sociostyles affectifs et sexuels a permis à plusieurs participants de s'ouvrir à des univers qu'ils connaissaient peu et de poser la sexualité comme un style de vie dans lequel le sujet a une certaine latitude de choix et d'initiatives. En retour, tout au long des séances des ateliers, régulièrement les participants, notamment ceux qui sont isolés ou en

retrait, se sont épanouis et ont tenté de se réinvestir dans la recherche de l'autre.

La prévention sexuelle : un thème qui apparaît de lui-même

Le thème de la prévention a toujours été abordé par les participants eux-mêmes, en général au cours de la deuxième ou de la troisième séance. Dans tous les ateliers, les participant(e)s ont fait part d'incidents survenus en prévention. Dans tous les cas, les situations ont été analysées par le groupe de sa propre initiative et ce, sans jamais porter un jugement sur la personne mais plutôt en la renforçant dans ses intentions et compétences en prévention sous forme d'échanges d'expériences du type « voilà moi comment je fais... », « cela m'est arrivé à moi aussi et j'ai fait, dit cela ou cela... », « voilà comment tu pourrais faire si cette situation se reproduit... », etc. Cette mise en commun d'une culture et des pratiques a très bien fonctionné. Les incidents de prévention ont souvent été présentés dans la séance d'atelier qui comprend l'activité « savoir et pouvoir dire non ».

Des échanges entre pairs, une écoute mobilisante

Pouvoir exprimer les souffrances liées à la séropositivité. La présentation de soi en tant que personne, mais aussi en tant que personne séropositive, donne lieu d'emblée à un climat émotionnel de partage d'une expérience unique et commune. En effet, excepté dans les groupes de parole, il n'existe pas d'autre lieu permettant la présentation de soi en tant que personne séropositive à d'autres personnes séropositives.

La rupture de la solitude, l'émergence de liens amicaux. Le poids de la solitude dans laquelle vivent les participants est l'une des composantes majeures de l'atelier. Au bout de trois séances un participant s'exprime : « *ce que j'ai retenu... en trois séances, l'atelier est devenu un rendez-vous crucial pour moi... C'était plus que de la parole, il y avait le "commitment", l'émotion de chacun, j'ai trouvé une énergie...* »

L'impact sur l'image de soi vestimentaire. On observe au fil des séances de l'atelier, et ce dans les quatre ateliers, que les participants améliorent leur présentation vestimentaire, deviennent élégants d'une séance sur l'autre, aiment être complimentés sur leurs arrangements vestimentaires en termes de couleurs. Un participant explique : « *je ne sais pas, je me suis habillé aujourd'hui, je me suis dit "allez, c'est de l'estime de soi".* »

Une approche nouvelle de la vie affective et sexuelle. Le fait d'exposer et d'explorer, dans le cadre d'un groupe centré sur l'estime de soi, sa propre vie affective et sexuelle représente une expérience nouvelle par la totalité des participant(e)s. Parler d'amour, d'attachement, de désir, de sexualité, de rencontres, de plaisir, remobilisent le potentiel affectif des personnes. Un participant s'exprime sur le premier impact en termes de disparition de barrières : « *moi, ce qui m'a frappé, c'est qu'il n'y ait pas de barrières entre nous... aucune... on peut tout se dire, tout se dire les uns aux autres... c'est très fort... vraiment pas de barrières...* »

Un retour sur le coming out. Lors de l'activité consacrée à la colère et à la transformation de la colère en affirmation ouverte, de nombreux participants hommes sont revenus sur le traumatisme de l'annonce de leur homosexualité dans leurs familles. Trois participants ont fait part des insultes et des agressions homophobes dont ils avaient été victimes sur leur lieu de travail. Le maintien de l'estime de soi lors de la découverte des premiers sentiments homosexuels est souvent difficile à l'adolescence ou lors des premières rencontres amoureuses et plusieurs participants ont pu exprimer la colère qu'ils avaient ressentie contre un père rejetant, encore vivant ou mort.

Les compétences acquises en termes d'estime de soi et de prévention

- La pratique de l'affirmation ouverte ;
- une présentation de soi différente (mobiliser les capacités de résilience) ;
- une mobilisation du potentiel affectif en lâchant prise sur les colères et les peurs ayant trait à la séropositivité, la maladie, la sexualité ;
- la création de normes collectives en prévention grâce aux discussions et aux échanges avec les pairs ;
- la découverte du besoin de soutien inconditionnel de la part des pairs pour résoudre certaines difficultés.

Exemple du parcours de Laïla au travers d'un atelier estime de soi (extrait du journal d'animation de l'intervenante)

Laïla a été orientée vers l'atelier estime de soi par l'assistante sociale de l'hôpital où elle est prise en charge. Aujourd'hui, c'est la troisième séance de l'atelier et on a commencé par travailler pour Laïla, en lui demandant comment le groupe pouvait l'aider à changer quelque chose dans sa vie. Laïla a 35 ans, trois enfants au pays au Togo. Elle a appris sa séropositivité il y a deux ans et elle demande à chaque visite à son médecin s'il peut lui dire quand elle va mourir. Elle pense qu'elle n'ira pas au-delà de l'année 2007. Elle a très peur de transmettre le VIH, tous les jours à la cantine, elle amène ses propres couverts car elle a peur. Lorsqu'elle découvre que parmi les participants de l'atelier estime de soi, il y en a trois qui sont séropositifs depuis 20 ans, elle dit qu'elle n'en croit pas ses yeux et elle éprouve un grand choc. Un autre participant vient vers elle et la prend dans ses bras, le groupe décide qu'on va faire une activité sur place pour Laïla. Elle va prendre un verre, boire dedans et chaque personne du groupe va se passer le verre et boire à son tour en disant quelque chose. Laïla est horrifiée, passe par toutes les couleurs mais les participants prennent la décision que c'est le cadeau du groupe à Laïla. Le cérémonial commence et se déroule avec beaucoup d'émotions car cela rappelle aux anciens ce qu'ils ont vécu dans les années 1985. Puis les rires fusent, un participant mime une attaque, Laïla rit beaucoup avec des larmes dans ses yeux. Un participant dit que cela lui arrive encore de devoir entendre des choses pareilles dans son entourage qui ne sait pas qu'il est séropositif.

Laïla continue son récit en disant que depuis l'annonce de sa séropositivité, « je n'ai jamais dit à quelqu'un, excepté à une amie, et je ne fais plus "l'autre aussi" », expression qui signifie faire l'amour. Le groupe reprend l'expression en applaudissant et une participante dit : « moi non plus je n'arrivais pas à faire "l'autre aussi", c'est dur de se lancer mais je me suis lancée à la fin de l'été. » Un autre ajoute : « moi, j'aimerais faire "l'autre aussi"... toi tu es si belle, tu es si jeune, tu n'es pas malade, qu'est-ce qui t'empêche de faire "l'autre aussi" ? »

Laïla met les mains devant son ventre comme une barrière et elle dit : « Non, c'est interdit pour moi de faire "l'autre aussi", les hommes m'approchent, me demandent mon numéro de téléphone, je dis que je n'ai pas de portable... » Un homme du groupe, d'un autre pays d'Afrique, la regarde et dit au groupe : « vous savez, pour moi c'est la première fois que je peux regarder une femme qui est belle et qu'on peut parler de cela ». Puis, il s'adresse à Laïla et lui dit : « donne moi ton numéro, moi je vais t'appeler tout de suite ». Laïla rit, donne son numéro et Issoufou l'appelle sur place. Le groupe est très ému, Issoufou dit : « j'aimerais bien te parler ». Laïla dit « non, non, oui, d'accord, à bientôt » et elle raccroche. Issoufou dit « en fait, on va oublier le VIH et parler à titre amical, moi je n'ai jamais parlé avec une femme de tout cela en face à face, je vois que c'est possible d'en parler. »

Commentaire sur l'histoire de Laïla. Cette histoire nous montre les différentes étapes de la reconstruction de l'estime de soi dans un groupe. La présence dans le groupe d'autres participantes et participants atteints de la même pathologie, a un effet réparateur sur Laïla (je ne suis pas la seule et les autres sont encore vivants). Ensuite, le groupe prend soin de Laïla en célébrant avec le partage du verre à la fois l'appartenance à une communauté de vivants mais aussi en déstigmatisant une part de l'infection à VIH. La présence et l'accueil de Laïla dans le groupe permettent aux autres participant(e)s, contaminé(e)s depuis longtemps, de mobiliser leurs capacités à enseigner, à transmettre, à partager des savoirs, des acquis et une expérience de l'infection à VIH. Le fantasme d'interdiction des rapports sexuels dans lequel évolue Laïla est mis à mal par le groupe qui lui ouvre une possibilité de rupture de l'interdit. Laïla permet aussi à un homme du groupe, qui n'avait jamais pu parler de sa séropositivité avec une femme et encore moins dans sa communauté, de s'exprimer sur ses désirs et elle mobilise même des affectés chez lui qui peuvent s'exprimer à travers un jeu de rôle spontané dans un climat collectif de soutien et de plaisirs partagés entre les participant(e)s.

Conclusion

À la différence de l'approche médicale qui se définit comme un combat contre le VIH à l'aide des traitements et d'un suivi de soin, la consultation de sexologie et les ateliers estime de soi se présentent comme des espaces d'accueil et d'écoute dans lesquels l'accent est mis non pas sur le combat contre le VIH mais sur la recherche de la meilleure intégration possible du VIH dans sa vie.

Force est pour nous de conclure qu'il existe peu de recherches sur la vie affective et sexuelle des personnes séropositives et de reconnaître les limites de notre travail

qui nécessite d'être complété par d'autres études visant à explorer la dynamique des éléments en jeu dans la vie affective et sexuelle des femmes et des hommes séropositifs. Il n'en reste pas moins que les personnes séropositives qui ont participé à ces deux types d'accompagnement, individuel et collectif, nous ont confirmé que l'infection à VIH avait un lourd impact sur la qualité de leur vie affective et sexuelle. On ne peut donc que recommander aux intervenants dans le champ du VIH d'intégrer dans leurs programmes de prévention des activités visant à restaurer aussi les capacités affectives et érotiques endommagées tout autant par l'infection à VIH que par ses représentations sociales. Il serait intéressant de réfléchir à la place de la sexualité dans le comportement de soin, et ce particulièrement dans le cas d'une maladie sexuellement transmissible. A priori, une demande sur les questions liées à la sexualité existe du côté des patientes et des patients. La question est d'envisager les modes de réponses qui peuvent être apportés par les services de soin à leurs besoins d'écoute dans ce domaine. De nombreuses maladies chroniques, pour ne pas dire la majorité d'entre elles, sont invalidantes au niveau sexuel, il nous semble donc essentiel d'intégrer dans les services de soin des actions portant sur la qualité de vie affective et sexuelle.

Références

- Adam P. Baromètre gay 2000. Résultats d'un premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. BEH 2002; 18: 77-9.
- Adam P, Hauet E, Caron C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'enquête Presse Gay 2000. Rapport mai 2001. InVS, 2001.
- Basson R. Nouvelle classification internationale pour les femmes. Journal sex Med 2004.
- Brenot P. Nouvelles classifications internationales pour les hommes. AHIUS, 2004.
- Buchacz K, van der Straten A, Saul J, Shiboski SC, Gomez CA, Padian N. Sociodemographic, behavioral, and clinical correlates of inconsistent condom use in HIV-serodiscordant heterosexual couples. J Acquir Immune Defic Syndr 2001; 28(3): 289-97.
- Bureau J. La congruence entre l'identité sexuelle et le rôle sexuel. Cahiers de sexologie clinique 1977; 13: 29-50; (a).
- Cazein F, Lot F, Pillonel J, Pinget R, David D, Semaille C, avec la coll. du Centre national de référence pour le VIH. Surveillance de l'infection à VIH et du sida en France. Situation au 31 mars 2004. InVS, 2004.
- CNS. *Le Relapse*, Communiqué de presse du 25/10/2000.
- CNS. Prévention de la transmission du VIH, Avis du 22/11/2005.
- Crepaz N, Marks G. Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. AIDS 2002; 16(2): 135-49.
- Delfraissy JF. (sous la direction) Prévention et sexualité chez les personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 2002; pp.289-296.
- Delfraissy JF. (sous la direction). L'éducation pour la santé, le suivi et la prévention pour les personnes infectées par le VIH sont des enjeux majeurs (Annexe du chapitre "Suivi d'un patient sous traitement antirétroviral". In: éditeurs. *Rapport 2004 - Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*. Paris: Flammarion, Coll. Médecine-Sciences, 2004, pp.76-77.

- Desenclos JC, Berthelot Ph, Dabernat H, Leport C. La session "Actualité en Veille Sanitaire", Journée Nationale d'Infectiologie 2002, Grenoble, 13-14 juin 2002.
- Florence E, Schrooten W, Dreezen C, Gordillo V, Nilsson Schonnesson L, Asboe D, et al. Eurosupport Group. Prevalence and factors associated with sexual dysfunction among HIV-positive women in Europe. *AIDS Care* 2004; 16(5): 550-7.
- Gerhart C, Tourette-Turgis C, Rébillon M. Les besoins en prévention des personnes séropositives : on en sait assez pour agir! In: *Le sida 20 ans après. Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, 2002: 35-6; (n° 40).
- Hugonnet S, Mosha F, Todd J, Mugeye K, Klokke A, Ndeke A. Incidences de l'infection par le HIV dans des associations sexuelles stables: une étude de cohorte de 1802 couples dans la région de Mwanza, Tanzanie. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 30: 73-80.
- INVS, Infections sexuellement transmissibles et VIH : Les comportements à risque toujours d'actualité ! *BEH* n°25/2006, 20 juin 2006
- Keegan A, Lambert S, Petrck J. Sex and Relationships for HIV-Positive Women Since HAART: a qualitative study. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19(10): 645-54.
- Lallemand F, Salhi Y, Linard F, Giami A, Rozenbaum W. Sexual dysfunction in 156 ambulatory HIV-infected men receiving highly active antiretroviral therapy combinations with and without protease inhibitors. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 30(2): 187-90.
- Lert F, Obadia Y, et l'équipe de l'enquête VESPA. Comment vit-on en France avec le VIH/sida ? *Population et Sociétés*, 2004; (n° 406).
- Shiltz MA. Séropositivité, sexualité et risques, In: *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. ANRS, collection Sciences sociales et sida, 1999; (pp. 13-29).
- Tourette-Turgis C, Rébillon M. Un nouvel enjeu dans le suivi de soin : les besoins spécifiques en prévention des personnes en traitement. In: *Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/SIDA, De la théorie à la pratique*. Paris: Comment Dire, 2002: 123-44.
- Tourette-Turgis C, Rébillon M. *Projet Pilote de mise en place d'un programme d'information et d'accompagnement sur la prévention en direction des personnes séropositives - Expérimentation dans deux services de soin : Hôpital Européen Georges Pompidou et Hôpital Saint Antoine*. Rapport final à la Direction Générale de la Santé, 2006 (en cours de rédaction).
- Troussier T. Prévention primaire du VIH liée à la sexualité. In: *VIH* 2004. Ed. Doin, 2003: 575-88; (chap. 48).
- Troussier T, Lallemand F, Batisse D, Girard PM, Weiss L, Rebillon M, Tourette-Turgis C, sexology, a pilot study in France; communication congress International de la WAS, juillet 2005.
- Waynberg J. *Jourir c'est aimer*. Édition Milan, 2004; (p 133-180).
- World Health Organization, RHR. *Sexual health - a new focus for WHO*. *Progress in reproductive health Research* 2004; 64: 1-7.
- Yéni P. (sous la direction). *Rapport d'experts 2006 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 2006; (à paraître août 2006).