Université Claude Bernard Lyon I Faculté de Médecine Rockefeller

Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire de Sexologie

Coming-in

Prise de conscience d'une orientation homosexuelle : affects associés, conséquences sur la sexualité.

Patrick Papazian 5, rue du Faubourg Poissonnière 75009 Paris ppapazian@noos.fr Directeur de Mémoire : Docteur Marie Measson-Chevret Directrice d'Enseignement

SOMMAIRE

I.	Le contexte	p. 4
I. 1 I. 2	Introduction – rappel du contexte Compléments bibliographiques : climat thymique de prise de d'une orientation homosexuelle	conscience
I. 3	Place de ce travail dans une démarche sexologique profession	onnelle
II.	Élaboration d'un questionnaire : méthodologie adoptée, justification des choix	p. 11
II. 1 II. 2	Méthodologie Justification des choix réalisés	
III.	Enquête réalisée grâce au questionnaire : objectifs et rés	ultats p. 20
III. 1 III. 2 III. 3	Objectifs de l'enquête Population étudiée Résultats de l'enquête III. 3a Présentation générale des résultats III. 3b Découverte de l'homosexualité dans le III. 3c Homosexualité définitive ou incertaine III. 3d Anxiété et dépression liées à la prise de III. 3e Idée de suicide III. 3f Besoin d'en parler dès la prise de cons III. 3g Personnes homosexuelles dans l'entou III. 3h En parler ou pas III. 3i Impact sur la vie en général	e conscience cience
IV.	Synthèse des résultats et discussion – Proposition d'un l concept : le <i>coming-in</i>	nouveau p. 35
IV. 1 IV. 2 IV. 3	Synthèse des résultats de l'enquête Proposition d'un nouveau concept : le <i>coming-in</i> Questionnaire et <i>coming-in</i> : quelle utilisation dans une pratiq sexologique ?	ue
V.	Conclusion – perspectives de recherche	p. 42
VI.	Remerciements	p. 46
VII.	Bibliographie	p. 47
VIII.	Annexes	p. 50

« In general, our results suggest that the relationship between negative mood and sexuality needs closer study in gay men, taking into account the potentially important developmental impact of growing up feeling negatively about one's sexuality, an experience that has obviously affected some gay men.(...)

This should be regarded as a new area of research »

John Bancroft

The Relation Between Mood and Sexuality in Gay Men Archives of Sexual Behavior, 2003. 32 (3): 231-242.

I. Le contexte

I.1 Introduction - rappel du contexte

À la croisée de deux champs de connaissances peu explorés, la sexualité des hommes homosexuels et ses relations avec l'état thymique constituent un véritable « continent noir » (le deuxième ?) où règnent préjugés et « copiés-collés » des études faites en population générale.

Ainsi, les relations entre humeur et désir, excitation et plaisir sexuels ont été étudiées chez les personnes de sexe masculin d'orientation hétérosexuelle ou non-précisée ; pendant plus de trente ans, ces travaux ont proposé la vision unique d'un homme déprimé devenu « de glace » dans le domaine sexuel, privé de l'envie et de la capacité d'obtenir une érection... et de l'utiliser. Le mémoire de bibliographie réalisé en 2^{ème} année Sexualité masculine et troubles de l'humeur : de nouvelles perspectives, reproduit en annexe, fait le point sur ces études, des travaux princeps de Beck ⁽¹⁾, Cassidy⁽²⁾, Masters et Johnson⁽³⁾, aux publications de l'équipe de J. Bancroft^(4, 5), en passant par les quatre travaux-clés des années 1990 (Nofzinger⁽⁶⁾, Kennedy⁽⁷⁾, Mitchell⁽⁸⁾ et Angst⁽⁹⁾). Les travaux de John Bancroft, président du Kinsey Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction jusqu'en 2004, marquent un tournant décisif dans ce domaine : son approche originale est d'avoir publié deux études tout à fait comparables sur le plan méthodologique, l'une consacrée à la population masculine homosexuelle, l'autre à la population masculine hétérosexuelle. Les principaux résultats de ces deux publications sont synthétisés dans les quatre tableaux de la page suivante.

	Nombre de sujets	%diminution	%pas de changement	%augmentation
Intérêt sexuel	562	42	48,6	9,4
Réponse sexuelle	561	19,3	77,5	3,2

Tableau 1 : dans une population masculine hétérosexuelle, résultats obtenus « quand le sujet se sent déprimé » (p inter-groupe < 0,001)

	Nombre de sujets	%diminution	%pas de changement	%augmentation
Intérêt sexuel	699	28,3	51,1	20,6
Réponse sexuelle	699	16,6	72,8	10,6

Tableau 2 : dans une population masculine hétérosexuelle, résultats obtenus « quand le sujet se sent anxieux/stressé » (p inter-groupe < 0,001)

	Nombre de sujets	%diminution	%pas de changement	%augmentation
Intérêt sexuel	455	46,8	37,2	16
Réponse sexuelle	455	37,1	55,7	7,2

Tableau 3 : dans une population masculine homosexuelle, résultats obtenus « quand le sujet se sent déprimé »

	Nombre de sujets	%diminution	%pas de changement	%augmentation
Intérêt sexuel	506	38,7	37,4	23,9
Réponse sexuelle	504	31,2	54,7	14,1

Tableau 4 : dans une population masculine homosexuelle, résultats obtenus « quand le sujet se sent anxieux/stressé »

Le premier enseignement de ces travaux est de confirmer, comme l'avaient déjà suggéré les travaux publiés dans les années 1990, que les hommes ne sont pas « sexuellement égaux » face à une dépression ou une anxiété, certains se repliant et n'ayant plus ni désir, ni plaisir, d'autres, au contraire, témoignant d'un intérêt et d'une réponse sexuels accrus. Au-delà de ces données, Bancroft a montré que l'orientation sexuelle jouait un rôle prépondérant dans la manière de réagir sexuellement face à un état thymique particulier, apportant (enfin) la preuve que la sexualité homosexuelle possède des spécificités qu'il convient d'identifier dans des études ad hoc.

Ainsi, dans la population homosexuelle, une proportion plus élevée d'hommes rapporte une augmentation de l'intérêt sexuel et de la capacité érectile en cas de dépression, en comparaison d'une population hétérosexuelle. De plus, les hommes homosexuels semblent présenter des variations (augmentation ou diminution) plus marquées de l'intérêt et de la réponse sexuels en cas d'anxiété, en comparaison de la population hétérosexuelle étudiée. Finalement, Bancroft soulignait l'existence de différents « profils » de personnes homosexuelles ; il émettait l'hypothèse d'un lien entre ces profils et la manière de s 'approprier une identité et une sexualité homosexuelles. En effet, le climat thymique de découverte de l'homosexualité *ne doit pas* être neutre...encore faut-il étayer cette hypothèse!

Aussi, ce mémoire s'inscrit dans une démarche professionnelle, destinée à mieux comprendre la sexualité homosexuelle et les liens qu'elle entretient avec les troubles de l'humeur ; il pose des questions déterminantes pour la suite d'un exercice de la sexologie au contact des populations homosexuelles : quelles représentations thymiques les hommes associent-ils à la prise de conscience de leur homosexualité ? Tous les hommes homosexuels réagissent-ils de la même manière à une telle découverte ? L'anxiété ou la tristesse prédomine-t-elle ?

I.2 Compléments bibliographiques : climat thymique de prise de conscience d'une orientation homosexuelle

La recherche bibliographique menée l'année dernière sur les liens entretenus entre humeur et sexualité chez les hommes hétérosexuels et homosexuels a montré le faible nombre des études menées sur ce sujet, prenant en compte l'orientation sexuelle.

Une recherche bibliographique conduite sur le processus de prise de conscience d'une orientation homosexuelle met en évidence une séquence d'événements pouvant déboucher sur une acceptation de l'homosexualité par l'individu. Cette séquence, modélisée par Diamond et Dubé (10, 11) et reprise dans différents ouvrages par Savin-Williams (12), tous trois psychologues à l'université de Cornell (état de New-York, USA) se présente de la manière suivante :

- **a**) constater une attirance pour les personnes de même sexe (*premières impressions*).
- **b**) qualifier cette attirance d'homosexuelle.
- **c**) avoir des expériences sexuelles avec des personnes du même sexe / du sexe opposé.
- **d**) qualifier son statut de *gay*, *lesbienne ou bisexuel(le)*.
- **e**) annoncer cette information à un autre.
- **f**) mener une relation avec une personne de même sexe.
- **g**) annoncer son statut homosexuel à un membre de sa famille.
- **h**) développer une image positive de l'homosexualité.

L'ordre de cette séquence est variable d'un individu à l'autre, certains hommes ne parvenant jamais, par exemple, à se qualifier d'homosexuel et menant toute leur vie « dans le secret », d'autres, au contraire, disant se sentir « gay » depuis leurs premiers souvenirs. Cependant, les différents travaux réalisés jusqu'à présent situent en moyenne les premières impressions diffuses d'être attiré par des personnes de même sexe avant la puberté, dans l'enfance, alors que la prise de conscience faisant penser à l'individu « je suis homosexuel » intervient souvent pendant l'adolescence.

Les résultats des travaux qui nous semblent les plus pertinents sont résumés dans le tableau suivant :

	D'Augelli ⁽¹³⁾ (1991 - n = 61)	Herdt et Boxer ⁽¹⁴⁾ (1993 - n = 147)	D'Augelli et Hershberger ⁽¹⁵⁾ (1993 - n = 142)	Rosario ⁽¹⁶⁾ (1996 - n = 81)
Premières attirances pour le même sexe	10,8 ans	9,6 ans	9,8 ans	10,9 ans
Qualification de ces attirances par le terme "homosexuel"				12,3 ans
Prise de conscience d'être homosexuel(le)	17 ans	16,0 ans	14,8 ans	14,7 ans
Premières relations homosexuelles	15,6 ans	13,1 ans	14,9 ans	13,3 ans
Premières relations hétérosexuelles	13 7 ans 1 15 ans		15 ans	11,9 ans
Annonce à un autre	19 ans	16,8 ans	16,7 ans	
Annonce à un parent			17,6 ans	
Première relation "durable"	18,8 ans		17,6 ans	

Ainsi, le processus de prise de conscience trouverait ses racines dans l'enfance, sans que les impressions puissent être rattachées à une cause bien précise, et Savin-Williams souligne que la personne éprouve initialement le sentiment « d'être différent ». Parfois, cette différence est confuse et recouvre, de manière floue, l'orientation mais aussi l'identité sexuelle, par défaut d'intégration avec les personnes de même sexe (difficultés pour le jeune garçon de partager les jeux, les goûts de ses camarades de classe, par exemple). Parfois aussi, l'entourage des adultes ou même des enfants soupçonne déjà une homosexualité chez un individu qui n'en a à ce stade aucune conscience.

Intervient ensuite la prise de conscience d'attirances homosexuelles, puis la prise de conscience « d'être homosexuel », cette dernière mettant en jeu des paramètres sociaux déterminants. Du reste, Savin-Williams souligne bien que ce statut *je suis homosexuel* est souvent guidé par la société, l'individu étant acculé à se « situer » alors qu'il peut encore douter lui-même de ses attirances.

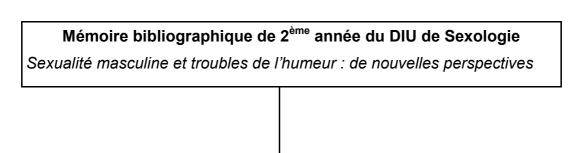
Quand Bancroft souligne que les sentiments associés à la découverte de l'homosexualité par l'individu peuvent être déterminants pour sa sexualité ultérieure, encore faut-il situer de quoi l'on parle, de quelle découverte il s'agit (premières impressions ? prise de conscience ? premières expériences sexuelles ? révélation aux autres ?).

Pour la suite de ce travail, nous avons choisi de concentrer la réflexion sur ce moment particulier de prise de conscience de l'homosexualité. Ce moment est souvent très proche des premières expériences sexuelles, qu'elles soient masturbatoires ou avec partenaire.

L'hypothèse émise à ce stade est que les affects associés à la prise de conscience « d'être homosexuel », de nature anxieuse ou dépressive, pourraient jouer un rôle sur la sexualité de l'individu.

Finissons cette partie bibliographique par un constat de carence...carence des études menées spécifiquement sur les affects liés à la prise de conscience d'une homosexualité. En France, ces travaux sont quasi-inexistants ; outre-Atlantique, la situation n'est guère plus brillante, avec des études menées dans le contexte de la prévention des comportements à risque et qui sont généralement « biaisés » par des questions sur la crainte du VIH, par exemple...Ce qui explique la volonté de mener un travail original en France, « basique » mais cernant le mieux possible ce moment de la prise de conscience. Nous noterons simplement l'étude de Biernbaum, menée sur deux groupes de 28 étudiants homosexuels et 28 étudiants hétérosexuels, montrant une prévalence de troubles anxieux et dépressifs plus élevée chez les premiers que chez les seconds⁽¹⁷⁾. Cependant, cette donnée n'a pas été corrélée aux conditions de découverte de l'homosexualité. De même, une étude menée en 2003 sur le « coming-out » (révélation à l'entourage d'une orientation homosexuelle) a montré les bénéfices de cette démarche pour diminuer l'anxiété sur le lieu de travail, mais ne concernait pas les conditions de prise de conscience de l'orientation sexuelle (18).

I. 3 Place de ce travail dans une démarche sexologique professionnelle



Hypothèse de Bancroft

le climat thymique de découverte de l'orientation sexuelle pourrait influencer les relations ultérieures entre humeur et sexualité

Mémoire de 3^{ème} année du DIU de Sexologie

étude des représentations liées au climat thymique de découverte d'une orientation homosexuelle

⇒ élaboration d'un questionnaire⇒ enquête

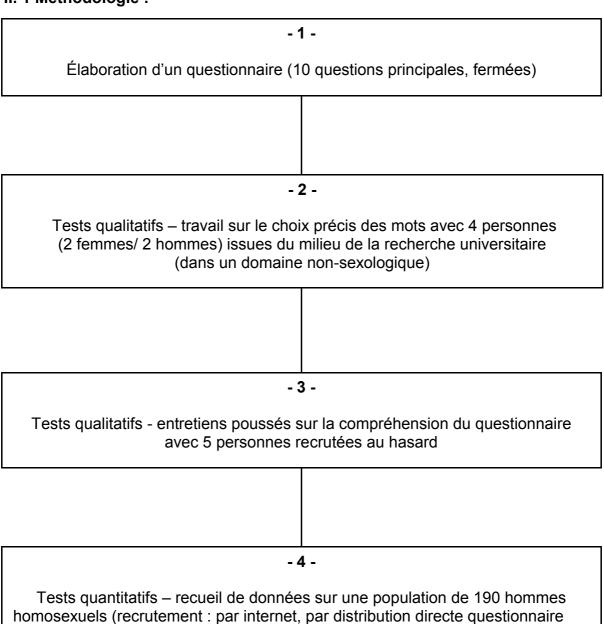
⇒ travail sur un nouveau concept : le coming-in

Pratique envisagée dès fin 2005

 ⇒ consultation de Sexologie s'adressant particulièrement (mais pas exclusivement) aux populations homosexuelles
 ⇒ test du concept *coming-in*, travail sur ses applications possibles
 (hommes/femmes), enquête sur les liens entre *coming-in* et sexualité

II. Élaboration d'un questionnaire : méthodologie adoptée et justification des choix

II. 1 Méthodologie:



+ enveloppe pré-affranchie, par relations indirectes)

II. 2 Justification des choix réalisés

1) Pourquoi un questionnaire dédié à l'évaluation du « climat thymique » de découverte de l'orientation sexuelle ?

Comme le supposait Bancroft dans ses travaux sur la sexualité masculine, la découverte d'une orientation homosexuelle ne se fait certainement pas en climat euthymique...Le contexte familial et social a rarement permis à l'homme (enfant ou adolescent, généralement) prenant conscience de son homosexualité d'accueillir sereinement cette découverte sur lui-même. Encore faut-il pouvoir étayer cette hypothèse. À l'inverse, que penser d'un homme affirmant que son homosexualité a été découverte sans anxiété aucune, ou sans tristesse ? Il semblait donc nécessaire de collecter un début d'informations sur ce thème, grâce à la réalisation d'un questionnaire simple à remplir et à décrypter.

2) Quels sont les principaux thèmes abordés dans ce questionnaire?

Notre objectif est de cerner le moment de prise de conscience d'une orientation homosexuelle dans le temps et dans l'affect : quand la personne situe-t-elle ce moment déterminant ? Quelle est la charge d'anxiété ou de tristesse qu'elle pense avoir associée à ce moment ? A-t-elle ressenti de l'isolement, avait-elle des « modèles », des référents à cette époque de sa vie, l'aidant à mieux digérer cette découverte ? Comment a-t-elle cheminé depuis cette découverte : en a-t-elle parlé autour d'elle, quelle place a-t-elle laissé à cette orientation dans sa vie ?

Le questionnaire, comportant 10 questions principales fermées, est présenté à partir de la page suivante.

Ce questionnaire concerne votre orientation sexuelle, c'est-à-dire le sexe des personnes qui vous attirent sexuellement (les hommes, les femmes, ou les deux).

A. Orientation sexuelle et les premiers souvenirs

1. Comment pourriez-vous qualifier votre orientation sexuelle ?
 ☐ Hétérosexuelle (attirance pour des personnes de sexe opposé) ☐ Homosexuelle (attirance pour des personnes de même sexe) ☐ Bisexuelle (attirance pour des personnes de sexe opposé et des personnes de même sexe) ☐ Je ne sais pas ou "aucune de ces catégories"
2. À quel âge pourriez-vous situer vos premiers souvenirs évoquant votre orientation sexuelle actuelle? Cochez la proposition qui reflète le mieux votre impression.
Par "premiers souvenirs", on désigne des pensées ou des événements qui, aujourd'hui, vous semblent liés à votre orientation sexuelle actuelle, alors qu'ils n'ont pas suscité de prise de conscience particulière lors de leur survenue. Par exemple: un rêve, une impression diffuse, une attirance pour une personne du même sexe, un trouble particulier devant un film, un livre etc
 □ Aussi loin que je me souvienne □ Dans mon enfance, avant toute activité sexuelle □ Lors de mes premières masturbations □ Pendant ma puberté (par exemple, entre 13 et 18 ans) □ Avant mes premières relations sexuelles □ Lors de mes premières relations sexuelles □ Tardivement, indépendamment de mes relations sexuelles □ Après une relation "durable " (au moins plusieurs mois) avec une personne □ Je ne me souviens pas
B. Orientation sexuelle : la prise de conscience
3. À quel âge avez-vous pris conscience de l'orientation sexuelle qui est la vôtre aujourd'hui ? Cochez la proposition qui reflète le mieux votre impression.
Par "prise de conscience", on désigne le moment où vous avez pensé, par exemple, "je suis hétéro- sexuel", ou "je me sens plutôt homosexuel"; cette prise de conscience a pu précéder, accompagner, ou suivre vos premières expériences sexuelles. Elle peut se confondre avec les premiers souvenirs, ou les suivre.
 □ Aussi loin que je me souvienne □ Dans mon enfance, avant toute activité sexuelle □ Lors de mes premières masturbations □ Pendant ma puberté (par exemple, entre 13 et 18 ans) □ Avant mes premières relations sexuelles □ Lors de mes premières relations sexuelles □ Après une relation "durable "(au moins plusieurs mois) avec une personne □ Je ne me souviens pas

4.	Avez-vous pensé, à ce moment, que cette orientation sexuelle était :
	Provisoire Définitive Incertaine Je ne sais pas
5.	Diriez-vous que cette prise de conscience vous a inquiété (a provoqué de l'anxiété) ?
	Beaucoup Un peu Très peu Pas du tout Je ne me souviens pas
6.	Diriez-vous que cette prise de conscience vous a déprimé (a provoqué de la tristesse) ?
	Beaucoup Un peu Très peu Pas du tout Je ne me souviens pas
	Avez-vous ressenti, à ce moment, le besoin de parler de votre orientation sexuelle (plusieurs ponses possibles) :
	avec vos parents (père ou mère) avec d'autres personnes de votre famille (frères ou sœurs, par exemple) avec vos amis avec des personnes partageant la même orientation avec d'autres personnes non, à personne je ne me souviens pas
	Connaissiez-vous d'autres personnes partageant cette orientation sexuelle (plusieurs ponses possibles) :
	dans votre famille? dans votre entourage proche (amis)? dans votre entourage moins proche? (relations scolaires ou professionnelles par exemple) non, personne je ne me souviens pas
	oui, cela vous a-t-il rassuré inquiété donné envie de leur parler fait " ni chaud ni froid " je ne me souviens pas

C. Orientation sexuelle: aujourd'hui...

9. Avez-vous déjà parlé de votre orientation sexuelle actuelle (plusieurs réponses possibles) :
 □ avec vos parents □ avec d'autres personnes de votre famille (frères ou sœurs, par exemple) □ avec vos amis □ avec des personnes partageant la même orientation □ avec d'autres personnes
10. Si votre orientation sexuelle était différente, votre vie serait-elle ?
□ plus facile □ plus difficile □ différente, sans être plus facile ou plus difficile □ pas vraiment différente □ je ne sais pas
Avez-vous, un jour ou l'autre, envisagé de mettre fin à vos jours en raison de votre orientation sexuelle ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Ne se prononce pas

3) Comment ce questionnaire a-t-il été rédigé ?

4 étapes ont permis d'établir cette version du questionnaire :

- Rédaction d'une première version du questionnaire
- Relecture et correction par 4 personnes (2 femmes/ 2 hommes) connaissant bien la population homosexuelle et de formation universitaire (non-médicale, non-sexologique).
- Validation de cette deuxième version lors d'entretiens face à face avec 5 personnes acceptant cet exercice : deuxième phase de correction.
- Diffusion plus large de cette version corrigée du questionnaire avec détermination du nombre de questionnaires correctement remplis. À cette phase, 98% des questionnaires complétés étaient exploitables. Par internet, des remarques spontanées sur la pertinence du questionnaire ont rassuré sur sa compréhension et son intérêt.

4) Pourquoi ne pas avoir utilisé d'outils déjà existants?

L'objectif de ce travail résidait tant dans l'élaboration de l'outil que son exploitation dans le cadre d'une enquête. Les outils existants ne permettaient pas, en l'état actuel de nos connaissances, de collecter spécifiquement ces données dans la population homosexuelle.

5) Pourquoi travailler sur les représentations de ce climat thymique?

Le questionnaire interroge les personnes sur les sentiments qu'ils ont éprouvés « au moment » de la prise de conscience de leur homosexualité. Plusieurs années se sont généralement écoulées entre cette prise de conscience et le moment où elles remplissent le questionnaire. Ces personnes ont donc eu le temps d'assimiler cette information, de se construire (ou pas) en tenant compte de cette donnée...et de remanier, plus ou moins facilement, leur perception de cette prise de conscience. De plus, la prise de conscience d'une orientation homosexuelle ne se fait pas d'un jour à l'autre, mais au terme d'un processus plus ou moins long, parfois chaotique, alternant des épisodes de rejet, d'acceptation, de doutes...Questionner les personnes sur le « moment » (théorique) de leur prise de conscience n'est qu'un artifice permettant de les faire réagir à cette période de leur vie, et les sentiments rapportés à l'instant t de passation du questionnaire ne constituent à l'évidence qu'une « reformulation » des sentiments réellement éprouvés à l'instant t-1 de la prise de conscience.

6) Pourquoi distingue-t-on dans ce questionnaire *premières impressions* et prise de conscience ?

Il semblait nécessaire de faire la part des choses entre les premières « impressions » d'homosexualité que rapportent fréquemment les personnes homosexuelles, et la véritable « prise de conscience » intervenant, en règle générale, plus tardivement. En effet, les personnes homosexuelles se rappellent souvent des événements anodins, qui leur font dire qu'ils se sentent « homosexuels depuis toujours » : attirance pour un camarade de maternelle ou d'école primaire. trouble devant le professeur de gymnastique, désintérêt total pour les filles, ou, au contraire, jeux partagés dans la cour de récréation avec les filles, avec mise à l'écart du groupe des garçons. Dans ces moments, le petit garçon a pu se sentir différent ... ou pas. Il a pu douter de son identité sexuelle, en parler à ses parents qui l'ont rassuré...ou pas. Cette partie de la vie d'une personne homosexuelle est d'une grande complexité, car elle fait appel à la découverte des codes sociaux, de la différence homme-femme et des premiers jeux de séduction, mais conduit rarement à une véritable prise de conscience du type je suis homosexuel. Les deux films Billy Elliot et Ma vie en rose ont très bien mis en image toute la complexité de ces moments « charnières » qui laissent souvent les parents désemparés. Dans un second temps intervient généralement la véritable prise de conscience de l'homosexualité, où la personne, se préparant à débuter une vie amoureuse et/ou sexuelle, réalise qu'elle n'est pas comme ses camarades de même sexe. C'est cet instant (ou plutôt ces années...) que nous avons voulu étudier, car leur climat thymique peut avoir des répercussions sur la suite du déroulement de la sexualité d'un individu. C'est l'hypothèse de Bancroft, que nous reprenons volontiers à notre compte! Aussi avons-nous voulu distinguer nettement les premiers sentiments de la prise de conscience pour que les personnes remplissant le guestionnaire comprennent bien que les items « anxiété » et « dépression » concernent le deuxième temps.

7) Pourquoi poser clairement la question « Avez-vous pensé au suicide »?

L'une des premières causes de mortalité chez les jeunes hommes âgés de 18 à 34 ans est représentée par le suicide. Dans des études menées outre-atlantique, il a été montré que le risque de tentative de suicide est 5 à 14 fois plus élevé chez les hommes gays que dans la population hétérosexuelle ⁽¹⁹⁾. Cette donnée justifie pleinement de poser la question, en prenant bien évidemment du recul par rapport aux réponses apportées. Comme nous le verrons dans la partie « Analyse des résultats », les résultats semblent déjà surprenants dans le cadre d'une question posée dans un questionnaire, en dehors du cadre intime d'une consultation.

Soulignons que cette question a été volontairement posée à distance de l'item « dépression / tristesse » pour ne pas induire de réponses positives excessives.

Selon le média utilisé pour collecter les réponses, des résultats significativement différents à cette question ont été enregistrés : ce point nous semble intéressant à prendre en compte.

8) Pourquoi n'avons-nous testé que des hommes homosexuels?

C'est un choix arbitraire, sans doute lié au sexe de la personne rédigeant ce questionnaire (*sic*). Deux femmes ont été associées à la validation qualitative de ce questionnaire, car celui-ci est destiné, à terme, aux deux sexes, et nous souhaitons mener une étude spécifique chez les femmes homosexuelles, à l'occasion de la Gay Pride 2006.

La méthodologie classique aurait voulu que nous comparions les réponses dans les groupes « homosexuels » et « hétérosexuels ». Nous ne l'avons pas retenue pour deux raisons : d'une part, le questionnaire ménage un suspense relativement modéré quant aux réponses que donneraient les personnes hétérosexuelles. Nous formulons l'hypothèse qu'elles ont réussi à faire le deuil d'une homosexualité qu'elles ne connaîtront pas ! Certes, les « métrosexuels » sont à la mode, mais ces hommes n'adoptent que les codes vestimentaires et les habitudes consommatoires des homosexuels, pas leur orientation sexuelle ! La deuxième raison est une gestion des priorités : nous avons préféré focaliser l'étude sur la population homosexuelle, et définir des « sous-groupes » au sein de cette population, plutôt que collecter des données largement prévisibles qui n'auraient pas beaucoup contribué à cette étude.

Soulignons cependant qu'une utilisation plus large de ce questionnaire en consultation imposera une validation de celui-ci sur un échantillon de personnes hétérosexuelles et bisexuelles, ces dernières soulevant des problématiques spécifiques.

Dans une étude ultérieure, il serait intéressant d'évaluer les conditions thymiques de découverte d'une orientation hétérosexuelle chez des enfants élevés par des couples homosexuels.

9) Pourquoi utiliser différents médias pour collecter les réponses ?

Trois médias principaux ont été utilisés pour collecter des réponses dans une population ciblée homosexuelle :

• par internet : questionnaire proposé sur des sites de convivialité homosexuelle (sites de dialogue, de rencontres sexuelles ou non).

109 réponses collectées

• par distribution lors de la Gay Pride à Paris (25 juin 2005) : distribution du questionnaire et d'une enveloppe pré-timbrée directement ou dans des commerces (librairies homosexuelles, bar et magasins homosexuels).

69 questionnaires collectés (sur 165 distribués : taux de retour 42%)

par deux amis ayant demandé à des proches de remplir le questionnaire :
 12 questionnaires collectés.

L'analyse globale porte donc sur un total de 190 questionnaires complétés et exploitables.

La diversification des médias a permis d'accroître le nombre de réponses, et de réduire les biais de recrutement.

Le choix de la Gay Pride pour distribuer les questionnaires peut sembler trop « communautaire » mais cette manifestation, devenue très populaire à Paris et rassemblant plusieurs millions de personnes en 2005, regroupe à la fois des personnes homosexuelles très militantes et d'autres, plus timorées, profitant de l'occasion pour regarder ou rencontrer des individus partageant la même orientation qu'eux.

10) L'absence de cotation est-elle volontaire ?

Oui, ce questionnaire se présente comme un outil qualitatif, permettant de collecter quelques données et, dans le cadre d'une consultation, d'amorcer un dialogue. Il ne peut se réduire à un « scoring » car les thèmes abordés sont sensibles et doivent permettre au clinicien de creuser certaines des questions abordées.

III. Enquête réalisée grâce au questionnaire : objectifs et résultats

III. 1 Objectifs de l'enquête

Les principaux objectifs de cette enquête étaient :

- d'évaluer la compréhension du questionnaire sur une population d'effectif supérieur à 100 personnes;
- de mesurer le pourcentage de personnes apportant des réponses différentes aux questions 2 (« Premières impressions ») et 3 (« Prise de conscience » de l'homosexualité) pour valider la pertinence de cette distinction;
- de mesurer le pourcentage de personnes déclarant avoir ressenti de l'anxiété (de « très peu » à « beaucoup ») ou de la tristesse (de « très peu » à « beaucoup ») lors de la prise de conscience;
- d'évaluer la volonté d'en parler au moment de la prise de conscience, et la possibilité de le faire;
- de mesurer le taux de réponse à l'item « projet de suicide » de la guestion 10.
- de comparer les résultats en fonction du média de réponse (internet ou courrier), toute différence motivant bien évidemment la formulation d'une hypothèse.

III. 2 Population étudiée

La population étudiée est composée de 190 personnes de sexe masculin, âgées de 18 à 64 ans (moyenne d'âge 35 ans), se déclarant homosexuels. Initialement, 194 questionnaires ont été retournés complétés, 2 étaient inexploitables (incomplets : oubli de tourner la page), 2 indiquaient une orientation bisexuelle (échantillon trop faible pour être l'objet d'une étude comparative avec la population homosexuelle).

Rappelons brièvement l'origine des personnes incluses :

- personnes assistant à la Gay Pride à Paris en juin 2005, personnes fréquentant une librairie homosexuelle du Marais (*Les mots à la bouche* et *Blue Book*), des cafés gay-friendly (*Okawa Café*) ou un magasin d'articles érotiques (*IEM*); total : 71 retours courrier (dont 69 exploitables) sur 165 questionnaires distribués. Taux de retour de l'ordre de 42%, exceptionnellement élevé pour ce type d'opération (taux de retour moyen d'un marketing direct courrier sans cadeau à la clé : 5 à 10 %);
- personnes connectées sur internet sur des sites de convivialité et/ou rencontres (www.gaydar.com, www.bearwww.com); 111 questionnaires complétés (109 exploitables). Très bonne acceptation sur internet, les internautes se pliant volontiers à l'exercice et accompagnant leur retour de commentaires d'encouragement pour poursuivre ce type de travail;
- personnes « amies d'amis », ou consultant un médecin installé dans le quartier du Marais : 12 questionnaires complétés.

Soulignons qu'à ce stade de l'enquête, nous n'avons pas voulu compliquer la démarche en posant des questions d'ordre général (catégorie socio-professionnelle notamment) aux personnes complétant le questionnaire ; ces données n'auraient pas apporté beaucoup d'éléments pertinents pour la suite de l'analyse. Les biais de recrutement de cette enquête sont « classiques » : population parisienne prédominante (biais compensé par internet, qui a permis de recruter environ un quart de répondants issus de province), utilisateurs d'internet (biais compensé par la diversification des médias : internet/courrier/réponses directes).

III.3a Présentation générale des résultats

INTERNET, COURRIER, QUESTIONNAIRES REMIS PAR UN TIERS

Résultats de l'enquête

Compilation des résultats

Total des questionnaires retournés : 194

Total des questionnaires exploités : 190

(2 incomplets, 2 orientations bisexuelles)

3 résultats généraux :

Réponses différentes apportées aux questions 2 et 3 : 72,6 % des répondants

Pourcentage de répondants ayant indiqué une autre réponse que « pas du tout » pour la question 5 ou la question 6 : 80,5 %

Réponses différentes entre internet et autres médias « papiers » (courrier + remplis/remis anonymement) : pas de différence significative entre les résultats, sauf pour la question 5 effectif des répondants ayant répondu « pas du tout » et la question 10 « Idées de suicide »

Ce questionnaire concerne votre orientation sexuelle, c'est-à-dire le sexe des personnes qui vous attirent sexuellement (les hommes, les femmes, ou les deux).

	Nombre de ré	ponses	S
A. Orientation sexuelle et les premiers souvenirs	Calcul en pourcentage		.ge
1. Comment pourriez-vous qualifier votre orientation sexuelle?			
 ☐ Hétérosexuelle (attirance pour des personnes de sexe opposé) ☐ Homosexuelle (attirance pour des personnes de même sexe) ☐ Bisexuelle (attirance pour des personnes de sexe opposé et des personnes de même de la personnes de même sexe) ☐ Je ne sais pas ou "aucune de ces catégories" 	ne sexe)	190	
2. À quel âge pourriez-vous situer vos premiers souvenirs évoquant votre orien actuelle? Cochez la proposition qui reflète le mieux votre impression.	tation sexuelle		
Par "premiers souvenirs", on désigne des pensées ou des événements qui, aujourd' blent liés à votre orientation sexuelle actuelle, alors qu'ils n'ont pas suscité de prise particulière lors de leur survenue. Par exemple: un rêve, une impression diffuse, une attirance pour une personne du trouble particulier devant un film, un livre etc	de conscience		
 □ Aussi loin que je me souvienne □ Dans mon enfance, avant toute activité sexuelle □ Lors de mes premières masturbations □ Pendant ma puberté (par exemple, entre 13 et 18 ans) □ Avant mes premières relations sexuelles □ Lors de mes premières relations sexuelles □ Tardivement, indépendamment de mes relations sexuelles □ Après une relation "durable " (au moins plusieurs mois) avec une personne □ Je ne me souviens pas 		25 94 23 37 3 5 0	12,1
B. Orientation sexuelle : la prise de conscience			
3. À quel âge avez-vous pris conscience de l'orientation sexuelle qui est la vôtre Cochez la proposition qui reflète le mieux votre impression. Par "prise de conscience ", on désigne le moment où vous avez pensé, par exemple sexuel ", ou " je me sens plutôt homosexuel "; cette prise de conscience a pu précéd ou suivre vos premières expériences sexuelles . Elle peut se confondre avec les pren ou les suivre.	, " je suis hétéro- ler, accompagner,		
 ☐ Aussi loin que je me souvienne ☐ Dans mon enfance, avant toute activité sexuelle ☐ Lors de mes premières masturbations ☐ Pendant ma puberté (par exemple, entre 13 et 18 ans) ☐ Avant mes premières relations sexuelles ☐ Lors de mes premières relations sexuelles ☐ Après une relation " durable " (au moins plusieurs mois) avec une personne ☐ Je ne me souviens pas 		7 19 25 79 18 29 13 0	3,7 10,0 13,2 41,6 9,5 15,2 6,8 0

4. Avez-vous pensé, à ce moment, que cette orientation sexuelle était :		
☐ Provisoire ☐ Définitive ☐ Incertaine ☐ Je ne sais pas	77 62	14,7 40,6 32,6 12,1
5. Diriez-vous que cette prise de conscience vous a inquiété (a provoqué de l'anxiété) ?		
 □ Beaucoup □ Un peu □ Très peu □ Pas du tout □ Je ne me souviens pas 	58 25	35,8 30,5 13,2 18,9 1,6
6. Diriez-vous que cette prise de conscience vous a déprimé (a provoqué de la tristesse) ?		
 □ Beaucoup □ Un peu □ Très peu □ Pas du tout □ Je ne me souviens pas 	55 26	19,5 28,9 13,7 35,8 2,1
7. Avez-vous ressenti, à ce moment, le besoin de parler de votre orientation sexuelle (plusieurs réponses possibles) :		
□ avec vos parents (père ou mère) □ avec d'autres personnes de votre famille (frères ou sœurs, par exemple) □ avec vos amis □ avec des personnes partageant la même orientation □ avec d'autres personnes □ non, à personne □ je ne me souviens pas	14 17 43 41 10 110 4	21,6
8. Connaissiez-vous d'autres personnes partageant cette orientation sexuelle (plusieurs réponses possibles) :		
 □ dans votre famille? □ dans votre entourage proche (amis)? □ dans votre entourage moins proche? (relations scolaires ou professionnelles par exemple) □ non, personne □ je ne me souviens pas 	78 75	16,8 41,1 39,5 41,1 1,1
Si oui, cela vous a-t-il * rassuré inquiété donné envie de leur parler fait "ni chaud ni froid " je ne me souviens pas * pourcentage calculé sur les 110 personnes déclarant connaître au moins 1 personne de même orientation sexuelle	5 26	35,1 4,5 23,4 36,0 0,9

C. Orientation sexuelle: aujourd'hui... 9. Avez-vous déjà parlé de votre orientation sexuelle actuelle (plusieurs réponses possibles) : ☐ avec vos parents 129 67,9 ☐ avec d'autres personnes de votre famille (frères ou sœurs, par exemple) 129 67,9 ☐ avec vos amis 170 89,5 ☐ avec des personnes partageant la même orientation 160 84,2 ☐ avec d'autres personnes 117 61,6 10. Si votre orientation sexuelle était différente, votre vie serait-elle ? plus facile 34 17,9 plus difficile 8 4,2 ☐ différente, sans être plus facile ou plus difficile 110 57,9 ☐ pas vraiment différente 22 11.6 ☐ je ne sais pas 16 8,4 Avez-vous, un jour ou l'autre, envisagé de mettre fin à vos jours en raison de votre orientation sexuelle? 37 19,5 □ Oui

□ Non

☐ Ne se prononce pas

146 76,8

3,7

III.3b Découverte de l'homosexualité dans le temps

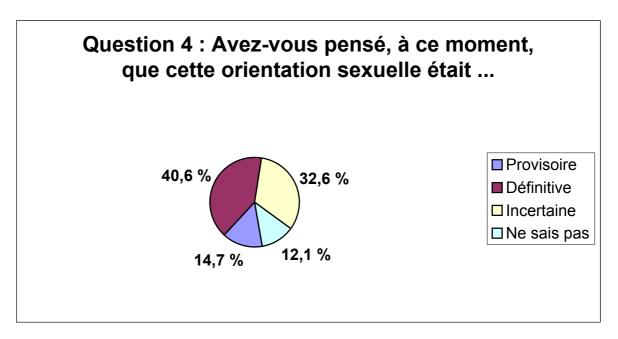
Près de 3 personnes sur 4 (72,6 % des répondants) distinguent « les premières impressions » de la « prise de conscience » d'une homosexualité

- 1 personne sur 2 situe les premières impressions relatives à son orientation homosexuelle dans l'enfance ; 13,2 % des répondants déclarent qu'ils situent ces premières impressions « aussi loin que je me souvienne », et moins d'une personne sur cinq (19,5 %) situe ces premières impressions à la puberté.
- Plus d' 1 personne sur 2 situe sa prise de conscience d'une homosexualité « lors des premières masturbations » ou « lors de la puberté » : 4 personnes sur 10 situent la « prise de conscience » d'une homosexualité à la puberté, plus d'une sur 10 (13,2%) lors des premières masturbations ; à noter 1 personne sur 5 (22,0 %) dont la prise de conscience a été plus tardive, se situant lors des premières relations sexuelles ou après une relation durable.

En synthèse:

Une large majorité des répondants distingue clairement les « premières impressions » d'une attirance pour les personnes de même sexe, situées dans l'enfance, d'une prise de conscience effective d'une homosexualité, rapportée à la puberté ou lors des premières masturbations. Un sous-groupe de « découvertes tardives », lors des premières relations sexuelles, se démarque, représentant un répondant sur 5.

III.3c Homosexualité définitive ou incertaine ?

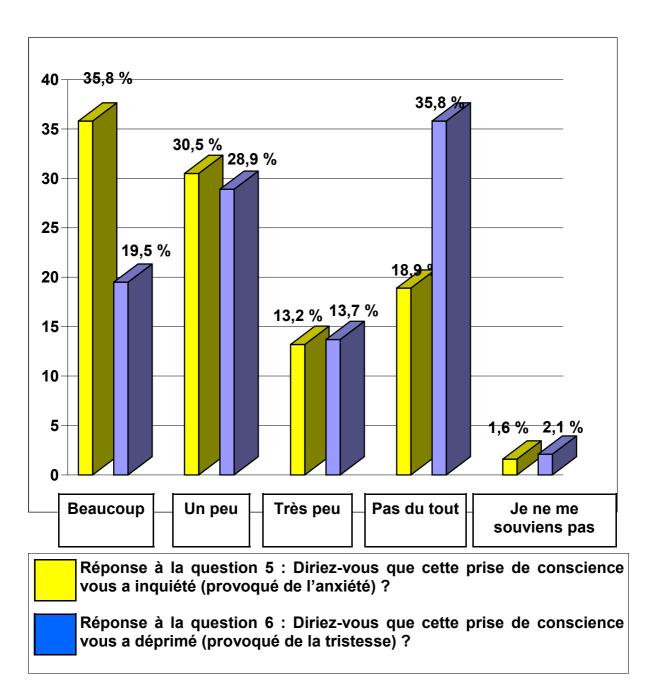


Deux tendances très nettes se démarquent, et sont quantitativement équivalentes sur cet item : 4 personnes sur 10 déclarant avoir eu l'impression du caractère « définitif » de cette orientation dès la prise de conscience, les autres se répartissant entre le caractère « provisoire » (14,7%), « incertain » (32,6 %) et « ne sachant pas » (12,1 %).

En synthèse :

Orientation d'emblée définitive ou incertaine/provisoire, les avis sont tranchés : 1 répondant sur 2 se rallie à chacun des deux partis.

III.3d Anxiété et dépression liées à la prise de conscience



Les répondants ont bien compris la différence entre les sphères anxiété/inquiétude et dépression/tristesse, distinction importante car les travaux de Bancroft montrent bien les conséquences différentes de l'une ou de l'autre sur la sexualité masculine.

Ainsi, une grande majorité de répondants rapportent de l'anxiété au moment de cette prise de conscience : 35,8 % déclarent avoir ressenti « beaucoup » d'anxiété, 30,5 % déclarent en avoir ressenti « un peu ». Plus de 2 personnes sur 3 se représentent avoir ressenti une inquiétude modérée à élevée lors de cette prise de conscience. Soulignons l'existence d'un sous-groupe se représentant n'avoir ressenti aucune inquiétude lors de cette prise de conscience : 18,9 % des répondants.

Pour l'item « tristesse », les résultats sont sensiblement différents : cet item est coté de manière moins forte, seuls 19,5 % des répondants se représentant avoir ressenti « beaucoup » de tristesse à ce moment, et les items « beaucoup » et « un peu » totalisant moins d'un répondant sur 2. Par contre, 35,8 % des répondants affirment que cette prise de conscience n'a été associée à aucune tristesse.

Pour ces deux items-clés, une comparaison inter-média (internet versus courrier) montre que, sur internet, l'effectif du groupe « pas du tout d'anxiété » est significativement supérieur à l'effectif de ce même groupe dans les répondants courrier (test du chi2 à 1 ddl : valeur du chi2 4,67 soit p<0,05).

Sur l'item « tristesse », les réponses sont très cohérentes d'un média à l'autre.

En synthèse

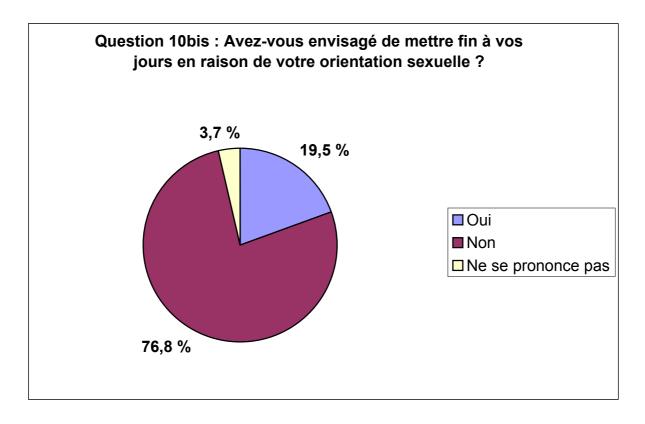
La prise de conscience de l'homosexualité est associée à une anxiété modérée à élevée chez plus de 2/3 des répondants, la tristesse étant très faible ou absente chez plus d'un répondant sur 2. 1 personne sur 5 déclare n'avoir ressenti aucune anxiété, plus d'une personne sur 3 aucune tristesse. Les représentations de l'anxiété varient légèrement avec le média de réponse : elles sont moins intenses par internet que par courrier.

III.3e Idées de suicide

Cet item, volontairement mis à distance de l'item déprime/tristesse, concernait l'intention de mettre fin à ses jours « en raison de l'orientation sexuelle », quel que soit le moment de cette intention.

Les résultats sont les suivants : en moyenne (tous médias confondus), près d' 1 répondant sur 5 déclare « oui » à cet item. Le pourcentage groupé « oui » et « ne

se prononce pas » s'élève à 23,2 % des répondants...

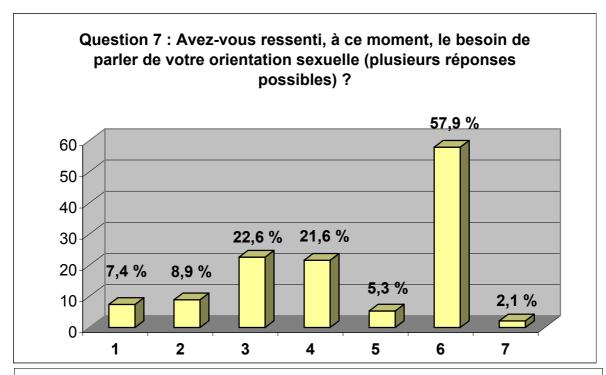


Les réponses sont sensiblement différentes suivant le média : par internet, 13,8 % répondent « oui » mais ce pourcentage s'élève à 26,1 % dans les réponses courrier. Un test du chi2 à 1 ddl trouve une différence significative avec un p<0,05 (valeur du chi2 = 4,25). Cette différence inter-média peut s'expliquer par plusieurs hypothèses : la plus plausible est l'introspection favorisée par la possibilité de remplir calmement un questionnaire anonyme, s'opposant à l'immédiateté de l'outil internet et à l'absence d'anonymat garanti (questionnaire renvoyé par mail : possibilité de connaître l'e-mail de la personne). Le même type d'hypothèse expliquerait la différence obtenue sur l'item « anxiété ». Une autre hypothèse serait catégories socio-professionnelles recrutement de plus élevées internet...présentant moins de problèmes matériels influençant la réponse. Dans tous les cas, le média semble jouer un rôle prépondérant sur ces questions très personnelles.

En synthèse

Près d'un quart des répondants n'excluent pas avoir eu des idées suicidaires uniquement liées à leur orientation homosexuelle. Sur ce type de question « sensible », le rôle du média de réponse semble prépondérant et modifie significativement les réponses.

III.3f Besoin d'en parler dès la prise de conscience



- 1 Avec vos parents (père ou mère)
- 2 Avec d'autres personnes de votre famille
- 3 Avec vos amis
- **4** Avec des personnes partageant la même orientation
- **5** Avec d'autres personnes
- 6 Non, à personne
- 7 Je ne me souviens pas

Dans les représentations au moment de l'enquête, le besoin de parler de cette prise de conscience aux parents ou à la famille semble très faible : 7,4 % des répondants rapportent le besoin d'en parler à leur père ou leur mère, 92,6 % des répondants se représentent donc le contraire !

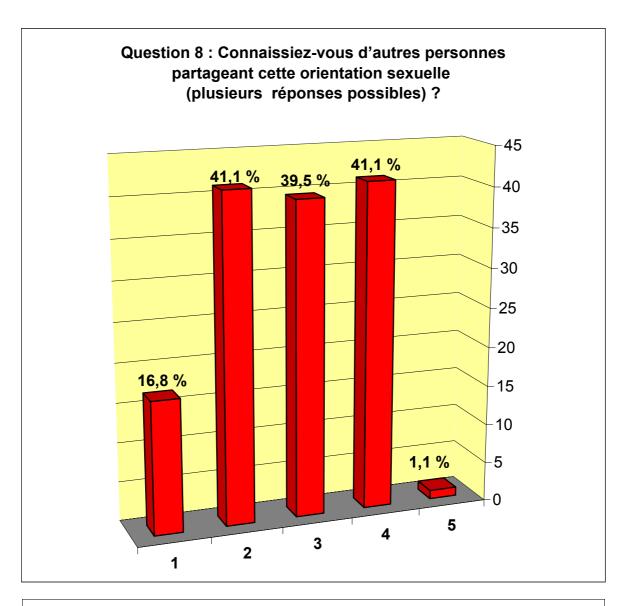
Les interlocuteurs de choix sont les amis (22,6 % des répondants ont ressenti le besoin de leur en parler) et les personnes partageant la même orientation (21,6 % des répondants ont ressenti le besoin de leur en parler).

Par contre, une grande majorité des répondants (57,9 %) déclare n'avoir ressenti aucun besoin de parler de cette prise de conscience.

En synthèse

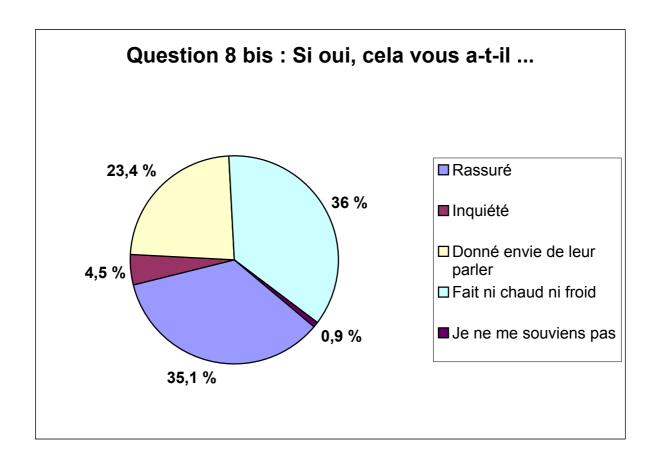
Plus d'1 répondant sur 2 se représente n'avoir ressenti aucun besoin de parler de son homosexualité, au moment de la prise de conscience. Pour les répondants ayant ressenti ce besoin, ils se tourneraient en priorité vers les amis, ou des personnes partageant la même orientation, les parents n'étant que très rarement cités comme interlocuteurs privilégiés.

III.3g Personnes homosexuelles dans l'entourage



- 1 dans votre famille
- 2 dans votre entourage proche (amis)
- 3 dans votre entourage moins proche
- 4 non, personne
- 5 je ne me souviens pas

Une répartition nette de l'effectif en deux groupes équilibrés est observée : 4 personnes sur 10 ne connaissaient absolument personne dans leur entourage proche ou moins proche partageant la même orientation. 4 personnes sur 10 avaient des connaissances proches (amis) partageant cette orientation, et 16,8 % des répondants connaissaient quelqu'un de leur famille partageant la même orientation.



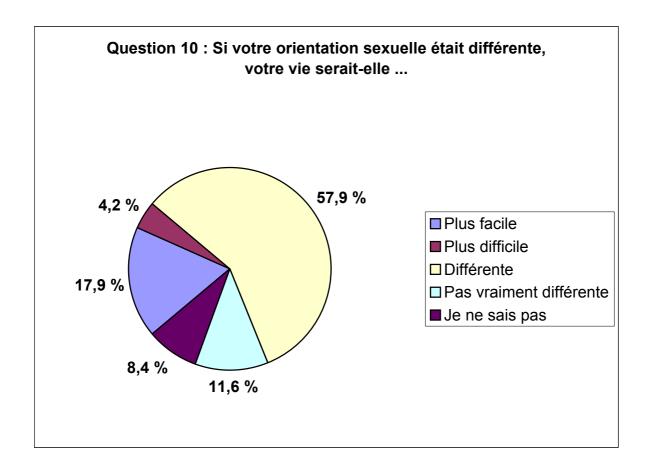
Les sentiments inspirés par ces connaissances sont également très partagés : pour 1 sur 3 (36%), connaître quelqu'un partageant la même orientation ne lui a fait « ni chaud ni froid », 1 sur 3 (35,1 %) a été rassuré et 1 sur 4 (26%) a eu envie de lui (leur) parler. Un faible pourcentage de répondants se déclare avoir été « inquiet » par une telle connaissance (4,5%).

En synthèse

4 personnes sur 10 ne connaissaient personne, de près ou de loin, partageant la même orientation sexuelle. Pour les personnes connaissant quelqu'un, il s'agissait généralement d'une personne considérée comme proche. Les sentiments face à cette connaissance se répartissent équitablement entre réassurance, envie de leur parler et neutralité.

III.3h En parler ou pas...

À la question « avez-vous déjà parlé de votre orientation sexuelle... », les réponses sont en cohérence avec le « besoin d'en parler » exprimé à la question 7. 9 personnes sur 10 ont parlé de leur orientation sexuelle avec des amis, et/ou avec des personnes partageant la même orientation sexuelle. Le dialogue avec la famille est moins fréquent : 2/3 des répondants ont échangé avec leurs parents sur ce thème, et/ou avec d'autres personnes de leur familles, par exemple les frères et les sœurs.



En synthèse

Presque toutes les personnes interrogées ont déjà parlé de leur homosexualité avec des amis ou des personnes homosexuelles...alors que 2/3 seulement en ont parlé avec quelqu'un de leur famille.

III.3i Impact sur la vie en général

Plus d' 1 personne interrogée sur 2 estime que sa vie serait « différente », sans être plus facile ou difficile, si elle n'était pas homosexuelle. Près d' 1 personne sur 5 estime que sa vie serait plus facile (17,9 %), et 1 personne sur 10 estime que sa vie

ne serait pas vraiment différente. Soulignons que 4,2 % des répondants estiment que leur vie serait plus difficile s'ils n'étaient pas homosexuels...

En synthèse

L'homosexualité a « modifié » la vie d'une majorité de personnes interrogées, sans la rendre plus facile ou plus difficile pour autant. Cependant, 1 personne sur 5 estime que sa vie serait plus facile avec une orientation sexuelle différente.

IV Synthèse des résultats et discussion - proposition d'un nouveau concept : le coming-in

IV.1 Synthèse des résultats de l'enquête

La prise de conscience d'une orientation sexuelle de type homosexuel constitue, sur la base de cette enquête, *un moment très particulier dans le temps et dans l'affect.*

Dans le temps, il est parfaitement distingué des « premières impressions », que peut se remémorer un individu en relisant ces souvenirs à la lumière de son homosexualité. Il est généralement situé « autour de la puberté », et relié directement à une activité sexuelle de type masturbatoire pour certains individus, avec partenaire pour d'autres. Le processus d'intégration à l'histoire personnelle de cette donnée apparaît donc progressif, des indices étant semés pendant l'enfance pour la majorité des répondants, et « l'intrigue trouvant son dénouement » quelques années plus tard, au moment de l'entrée dans une sexualité tournée vers l'autre. L'individu semble donc passer de la pensée je suis différent à la pensée je suis homosexuel au tournant de l'adolescence, et cette résolution de l'énigme n'apporte pas pour autant un soulagement psychique. En effet, dans le domaine thymique, une charge d'anxiété importante est associée à cette prise de conscience, et, dans une moindre mesure, un sentiment de « déprime » ou de « tristesse ». Au total, plus de 8 répondants sur 10 ne se reconnaissent pas dans les affirmations « je n'ai pas du tout ressenti d'inquiétude » et « je n'ai pas du tout ressenti de tristesse » lors de la prise de conscience de leur orientation sexuelle. Cette représentation distingue très certainement les hommes homosexuels des hommes hétérosexuels, ces derniers n'éprouvant généralement pas de grande difficulté à découvrir leur attirance pour les personnes de sexe opposé. Lors du passage à l'acte en sexualité (relations sexuelles avec partenaire), on peut donc facilement émettre l'hypothèse d'une charge anxieuse forte pesant sur les hommes homosexuels, liant dès les premiers rapports sexuels le stress au plaisir. Le schéma dont Bancroft faisait l'hypothèse semble donc amorcé, et le transfert d'une « excitation » d'ordre anxieux à une excitation sexuelle favorisé (voir figures mises en annexe, développées dans le mémoire de 2^{ème} année).

Soulignons que ce moment de prise de conscience constitue pour la personne homosexuelle :

- un passage obligé : qu'il soit relativement bien négocié par l'individu ou qu'il marque le début (ou la suite) de difficultés psychologiques et/ou sexuelles, ce passage de prise de conscience s'impose à toute personne homosexuelle. Au cours de ce passage, quels affects sont ressentis par l'individu ? La personne ressent-elle de l'anxiété, de la tristesse, à quelle intensité, et quelles sont ses ressources, personnelles et contextuelles pour les « intégrer », les digérer, les « dissocier » d'une excitation sexuelle ? L'enquête présentée précédement montre que 4 personnes sur 10 ne connaissaient personne, dans leur entourage proche ou moins proche, partageant cette orientation sexuelle. Or, l'un des principaux référents recherchés était précisément une personne homosexuelle (pour 22% des individus).
- un passage unique : chaque individu va le vivre à sa manière. Au-delà des pourcentages élevés de personnes se représentant avoir ressenti beaucoup d'anxiété ou de tristesse lors de leur prise de conscience d'une homosexualité, on retiendra la diversité des profils, des manières de « composer » avec cette information sur eux-mêmes. Ainsi, certains vont rester « bloqués » à ce stade et conserveront une représentation dramatique de cette période, d'autres vont avancer, vivre leur sexualité et « relativiser » ce moment de leur vie. D'autres, encore, précipiteront leur coming-out (annonce aux autres de leur homosexualité) car il est parfois tentant d'observer dans un oeil extérieur l'effet d'une nouvelle qu'il est difficile de métaboliser. Tous ces cas de figures ont été retrouvés dans les questionnaires qualitatifs et dans l'enquête présentée précédemment.

En synthèse

Il nous semble donc nécessaire de définir, dans l'évolution psycho-sexuelle d'une personne homosexuelle, un moment particulier, celui de la prise de conscience d'une orientation homosexuelle. Ce moment se caractérise par trois aspects fondamentaux :

- Il est obligatoire pour toute personne présentant une orientation homosexuelle.
- Il est, en règle générale, affectivement chargé (dans le registre anxieux et/ou dépressif).
- Il est variable, dans le temps et dans l'affect, d'un individu à l'autre.

Nous proposons d'appeler ce moment **le coming-in** de l'individu, et développons ce concept dans le paragraphe suivant.

IV 2. Proposition d'un nouveau concept : le coming-in

Autant le *coming-out* correspond à une volonté d'annoncer son orientation homosexuelle à un entourage plus ou moins proche (parents, amis, relations de travail etc...), autant le *coming-in* constitue un moment personnel, intime, de prise de conscience et de digestion des affects associés à la pensée suivante *je suis différent parce que je suis homosexuel*. Le *coming-in* peut se dérouler naturellement, au moment de la puberté, lorsque l'individu apprend à la fois à reconnaître sa différence pressentie pendant l'enfance, à l'expliquer dans le domaine de l'attirance sexuelle, à l'accepter ou, à défaut, à faire « avec » et à vivre des relations sexuelles, voire affectives satisfaisantes avec des personnes de même sexe. La charge émotionnelle associée à ce processus pourra être exprimée sereinement dans un travail rétrospectif (« ce moment m'a angoissé/ m'a déprimé » par exemple) mais elle a été rattachée clairement à l'information *je suis homosexuel* et non *j'ai des pulsions sexuelles*. Pour d'autres individus, le travail de

coming-in est plus laborieux : l'individu ressent de l'anxiété et de la tristesse liées à sa différence, et associées à des pulsions d'ordre sexuel. Le fameux « sexe-médicament », que décrivait notamment W. Pasini, joue alors pleinement son rôle :

- je me sens anxieux parce que j'ai une pulsion sexuelle pour les personnes de même sexe
- je soulage cette anxiété temporairement par une activité sexuelle (masturbatoire ou avec un individu de même sexe)
- j'associe donc pleinement cette excitation générale (non-sexuelle) liée à l'anxiété et l'excitation sexuelle ressentie en parallèle.

Véritable cercle vicieux pouvant conduire à l'insatisfaction dans les relations sexuelles, à la compulsion sexuelle pour résoudre cette angoisse, à la prise de risques sexuels, à l'association sexe-drogue pour relâcher ce fameux système sexuel inhibiteur décrit par Bancroft.

Tout se passe comme s'il l'individu rejouait alors cette scène du *coming-in* qu'il n'est jamais parvenu à intérioriser. D'une anxiété ou d'une fluctuation thymique non-sexuelle, il passe à une excitation sexuelle. De même qu'il est passé d'un sentiment d'être « différent » au sentiment d'avoir des pulsions sexuelles différentes. La non-résolution du *coming-in* conduirait à faire de « sexuel » quelque chose qui n'est pas, initialement, dans le registre du sexuel.

Une autre hypothèse que nous émettons est que certaines personnes miseraient tout sur le *coming-out*, faisant en quelque sorte « l'impasse » sur le *coming-in*, en espérant trouver dans la réaction de l'autre une résolution de ce conflit intérieur.

En synthèse

Le coming-in, nouveau concept que nous proposons à l'issue de cette enquête, peut se définir par le moment théorique de prise de conscience d'une orientation homosexuelle et par le travail psychique réalisé par l'individu pour intérioriser cette information et les affects qui lui sont associés. Dans la perspective des travaux de Bancroft, le coming-in jouerait un rôle fondamental dans l'association entre variations de l'humeur et sexualité chez l'adulte; en effet, ce moment se caractérisant notamment par la « sexualisation » d'un ressenti (passage de « je suis différent » à « je suis homosexuel »), son vécu négatif pourrait conduire à un « défaut d'étanchéité » entre l'excitation générale et l'excitation sexuelle, incitant à apporter des réponses d'ordre sexuel à des affects (anxiété, tristesse) initialement non-sexuels.

Remarque:

Les noms de domaine internet www.comingin.com, www.gay-comingin.com ont été déposés et un recueil de témoignages intitulé Coming-in est en projet...déformation professionnelle issue de quelques années passées en agence de communication...

IV.3 Questionnaire et *coming-in* : quelle utilisation dans une pratique sexologique ?

Le questionnaire présenté dans ce mémoire n'a pas pour vocation d'être utilisé de manière autonome, indépendamment d'un contexte de prise en charge par un soignant. Il se présente davantage comme un « guide de premier entretien » face à une personne présentant des difficultés sexuelles dans le cadre d'une orientation homosexuelle. Il peut permettre de jeter les premiers jalons d'un dialogue, autour de l'orientation homosexuelle et du vécu affectif de celle-ci. Il fournit quelques questions basiques faisant un bilan très succinct du **coming-in** de la personne.

Dans une pratique sexologique, il peut aider à compléter l'anamnèse psycho-sexuelle généralement réalisée.

Dans une pratique de médecine générale, pourquoi ne pas proposer aux médecins ce type d'outil, pour les aider à faire face aux situations délicates et à risque (suicidaire) que représentent les consultations d'adolescents ou de jeunes adultes confrontés à une orientation homosexuelle ? Les médecins scolaires ou en université, les médecins généralistes travaillant avec de jeunes adultes, seraient peut-être plus à l'aise pour poursuivre le dialogue en s'appuyant sur un outil de ce type.

Ce qui éviterait parfois les bilans « d'asthénie » avec prélévements biologiques farfelus et diagnostics fantaisistes (primo-infection de toxoplasmose : exemple vécu !) parfois réalisés par des praticiens désarmés devant un jeune adulte essayant d'évoquer son orientation sexuelle. La fameuse « Santé Sexuelle » dont on nous rebat les oreilles passe aussi par là, si l'on ne veut pas qu'elle devienne (hétéro)normative...

En synthèse

Le questionnaire proposé par cette enquête pourrait constituer le point de départ d'un outil simple, spécifiquement adapté à l'évaluation du coming-in chez un individu non-hétérosexuel consultant pour une difficulté d'ordre

sexuel. Cet outil favoriserait la « Santé Sexuelle » dans nos consultations de sexologie, mais aussi dans les circuits de soin généraux d'adolescents et de jeunes adultes.

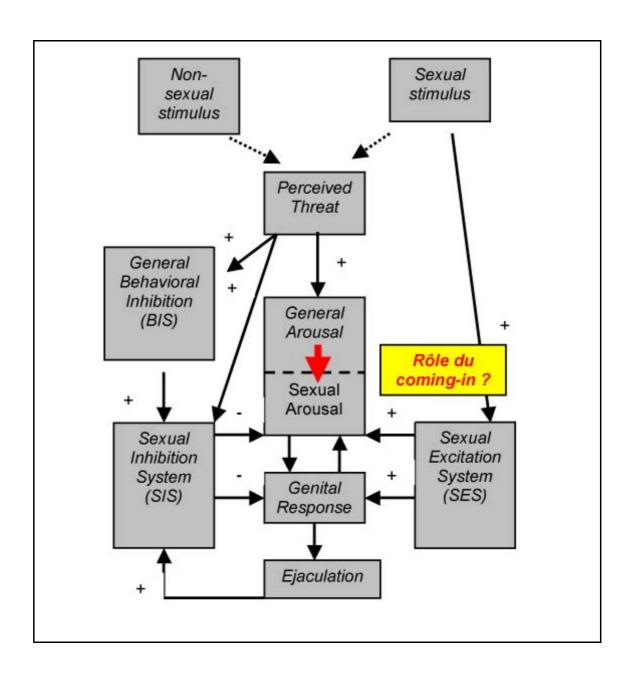
V. Conclusion - Perspectives de recherche

La prise de conscience d'une orientation homosexuelle représente un moment particulièrement intéressant à étudier en Sexologie, car il se situe au carrefour du non-sexuel (je suis différent) et du sexuel (je suis sexuellement attiré par les personnes du même sexe), de l'identité personnelle et du positionnement social...de l'intériorisation et de l'extériorisation. Cette extériorisation (coming-out) et son effet sur les personnes objets de cette annonce sont souvent décrits dans la société contemporaine : ils semblent avoir supplanté le moment d'intériorisation de cette information, et des affects qui lui sont associés chez le sujet homosexuel. Baptiser ce moment coming-in nous permet de mettre sur le devant de la scène cette étape-clé dans l'évolution d'un individu, et d'étudier les composantes temporelles et affectives de ce processus, ainsi que ses conséquences sur la sexualité ultérieure. La connotation « introspective » de cette appellation anglaise, s'opposant à coming-out, place cet « instant » virtuel dans le registre de l'intimité des affects et de l'humeur, ce qui semble pertinent ; intimité et climat thymique magnifiquement représentés dans le film Les roseaux sauvages d'André Téchiné, dans lequel le personnage joué par Gaël Morel vit son coming-in en répétant inlassablement devant un miroir « je suis un PD...je suis un PD... » (cf. photographie de cette scène en annexe 1).

Le questionnaire et l'enquête présentés dans ce mémoire constituent les premiers jalons d'un travail s'inscrivant dans le temps, visant à explorer la sexualité homosexuelle. L'hypothèse de Bancroft (the potentially important developmental impact of growing up feeling negatively about one's sexuality) nous a conduit à mieux cerner cet instant de coming-in, à le distinguer des impressions « non-sexuelles » souvent retrouvées dans l'enfance, et à identifier les représentations affectives (« inquiétude », « déprime », « envie d'en parler ») qui lui sont attachées. L'hétérogénéité des coming-in possibles est évidente au vu des résultats obtenus, soumettant les personnes homosexuelles à une expérience émotionnelle unique, a priori inconnue des personnes hétérosexuelles : associer d'emblée des aspects thymiques forts à une pulsion d'ordre sexuel. Cette étape semble contribuer au « décloisonnement » évoqué par Bancroft entre « excitation »

générale et excitation sexuelle, contribuant à apporter des réponses sexuelles à des variations thymiques initialement non-sexuelles ⁽²⁰⁾.

Figure 1 : Modèle de Bancroft : conceptualisation de l'inhibition et de l'excitation sexuelle chez l'homme – système dual (NB : les termes anglais ont été volontairement conservés pour éviter toute interprétation dans la traduction du modèle original)



Plusieurs projets de recherche semblent s'imposer à l'issue de la rédaction de ce questionnaire, de la réalisation de cette enquête et de la définition du concept coming-in :

- Associer enfin le sexe féminin à ces recherches : une enquête du même type est déjà prévue pour la Gay Pride 2006, dans la population homosexuelle féminine, afin de comparer les résultats obtenus avec ceux, masculins, de la Gay Pride 2005;
- Etudier directement le lien entre coming-in et sexualité : nous souhaitons administrer à une population masculine homosexuelle le questionnaire d'évaluation du coming-in présenté dans ce mémoire, et le questionnaire utilisé par Bancroft sur les relations entre variations thymiques et sexualité (MSQ : Mood and Sexuality Questionnaire). Cette enquête permettrait de confirmer ou d'infirmer le lien entre représentations thymiques associées au coming-in d'une part, et réactions sexuelles aux variations thymiques d'autre part;
- Mieux comprendre la sexualité des hommes hétérosexuels : en effet, les travaux de Bancroft ont montré qu'un sous-groupe d'hommes hétérosexuels présentait des réactions sexuelles aux variations thymiques comparables aux hommes homosexuels. L'étude de la sexualité homosexuelle constitue selon nous une opportunité de développer de nouveaux champs de recherche dans la population hétérosexuelle, et la question suivante mérite d'être posée : existe-t-il un équivalent de coming-in chez certains hommes hétérosexuels ? Sans parler des cas complexes, bisexuels ou situés entre 1 et 5 sur l'échelle de Kinsey...

Si le *coming-in* peut être compris en termes de « travail de deuil » d'une hétérosexualité et semble un concept fortement rattaché à la population homosexuelle, faut-il émettre l'hypothèse d'un équivalent de coming-in chez certaines personnes hétérosexuelles, faisant implicitement le deuil d'une « pansexualité » ? Les sexualités homosexuelle et hétérosexuelle ont sans doute beaucoup à apprendre l'une de l'autre, à condition de ne vouloir ni les confondre, ni les opposer...

Le mot de la fin...

Au contraire, il s'agit d'un mot de commencement...Le type de mot qui m'a donné envie d'ouvrir une consultation de Sexologie. Ce mot a été écrit spontanément par une personne ayant complété le questionnaire remis à la Gay Pride. Frustré par l'anonymat des répondants, par l'impossibilité d'engager le dialogue avec cette personne et tant d'autres, je suis heureux de lui laisser le « mot de la fin », remerciant ainsi toutes les personnes, amies et anonymes, m'ayant aidé dans ce travail :

Avez-vous, un jour ou l'autre, envisagé sexuelle ?	de mettre fin à vos jours en raison de votre orientation
□ Non □ Ne se prononce pas	prymine and the partition of the survey of t
et le labou rexuel me lai rejelé par la familie et le une fie familiale "normale fai manténant 41 ous le deux un immonde l'heral, mande	heureux slaus ma vie profesionnelle, le november de problème - un garçon depuis 15 aus, his heureux selèro en famille men pière est loujous le et je le vois de moni en monis -

VI. REMERCIEMENTS



La réflexion menée dans ce mémoire s'est construite grâce à de nombreux échanges, professionnels et amicaux.

Que les personnes suivantes soient tout particulièrement remerciées :

À Marie Measson-Chevret, pour m'avoir donné envie d'étudier la Sexologie...
et pour son amitié

À Isabelle Marchesin, Théodora Psychopoulos, Stéphanie Llop, Xavier Copin,
Cédric Daniel, Pierre-Etienne Nageotte, Gaëtan Naulleau,
la librairie Blue Book, la librairie Les mots à la bouche,
le magasin IEM, le café Okawa
pour leurs conseils avisés et amicaux et leur précieux soutien

À Gaëtan, pour ce qu'il est...

À mes parents et ma famille, pour leur ouverture d'esprit

À Laurence et Louis Valente, au Docteur Francis Djian, pour leur soutien et leur amitié pendant ces trois années de formation

À tous les anonymes ayant accepté de remplir ce questionnaire

VII. Bibliographie

- (1) Beck AT. *Depression : clinical, experimental and theoretical aspects*. London, Staples Press.
- (2) Cassidy WL, Flanagan NB, Spellman M et coll. Clinical observations in manic-depressive disease: a quantitative study of one hundred manic-depressive patients and fifty medically sick controls. J Am Med Assoc, 1957. 164: 1535-1546.
- (3) Masters WH and Johnson VE. Human Sexual Inadequacy. 1970
- (4) Bancroft J, Janssen E, Strong D et coll. *The relation between mood and sexuality in heterosexual men.* Archives of sexual behavior, 2003. 32 : 217-230.
- (5) Bancroft J, Janssen E, Strong D et coll. *The relation between mood and sexuality in gay men.* Archives of sexual behavior, 2003. 32 : 231-242.
- (6) Nofzinger EA, Thase ME, Reynolds CF et coll. Sexual function in depressed men. Assessment by self-report, behavorial and nocturnal penile tumescence measures before and after treatment with cognitive behavior therapy. Arch Gen Psychiatry, 1993. 50: 24-30.
- (7) Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS et coll. *Sexual dysfunction before anti depressant therapy in major depression.* Journal of affective disorders, 1999. 56: 201-208.
- (8) Mitchell WB et coll. Effects of positive and negative mood on sexual arousal in sexually functional males. Archives of Sexual Behavior, 1998. 27: 197-207.

- (9) Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. International Clinical Psychopharmacology, 1998. 13: S1-S4.
- (10) Diamond LM. Attraction and identity: evidence for sexual fluidity among young lesbian, bisexual and heterosexual women. Master's thesis, Cornell University, Ithaca, NY. 1996.
- (11) Dubé EM. Sexual identity and intimacy development among two cohorts of sexual minority men. Master's thesis, Cornell University, Ithaca, NY. 1997.
- (12) Savin-Williams RC. "... And then I became gay". Routledge ed. 1998.
- (13) D'augelli AR. Gay men in college : identity processes and adaptations.

 Journal of college student development, 1991. 32 : 140-146.
- (14) Herdt G et Boxer A. Children of horizons : how gay and lesbian teens are leading a new way out of the closet. Boston, Beacon ed. 1993.
- (15) D'augelli AR et Hershberger SL. Lesbian, gay and bisexual youth in community settings: personal challenges and mental health problems.

 American Journal of Community Psychology, 1993. 21: 421-448.
- (16) Rosario M. Psychosexual development of lesbian, gay and bisexual youths: sexual activities, sexual orientation and sexual identity. (2nd international conference on the biopsychosocial aspects of HIV infection, Brighton, Royaume-Uni).
- (17) Biernbaum MA et coll. Differences between matched heterosexual and nonheterosexual college students on defense mechanisms and psychopathological symptoms. J Homosex, 2004. 48: 125-41.
- (18) Griffith KH et coll. *The disclosure dilemma for gay men and lesbians: "coming out" at work.* J Appl Psychol, 2002. 87(6):1191-9.

- (19) Le risque de suicide chez les jeunes à orientation sexuelle non conventionnelle (lesbiennes, bisexuel/les, gays). Rapport rédigé par Jean-Marie Firdion, pour la mission Homosexualités et socialisme. 2001 (accessible sur internet : www.homoedu.com)
- (20) Bancroft J. Central inhibition of sexual response in the male: a theoretical perspective. Neuroscience and Biobehavorial Reviews, 1999. 23: 763-784

VIII. Annexes

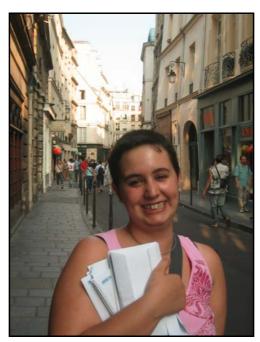
Annexe 1

Les roseaux sauvages : une illustration du travail de coming-in



Scène au cours de laquelle Gaël Morel s'observe longuement dans un miroir en répétant « je suis un PD...je suis un PD...»

Annexe 2
Distribution des questionnaires pendant la Gay Pride (Paris, juin 2005)



Annexe 3
Distribution des questionnaires dans le Marais (Paris, juin 2005)



Annexe 4
Un ami postant son questionnaire (pour préserver l'anonymat)



SEXUALITE MASCULINE ET TROUBLES DE L'HUMEUR : NOUVELLES PERSPECTIVES

SOMMAIRE

_		
	1 1	duction
	INTERN	11 I CT I C D
I -	HIHLOU	144411

- II. Aspects méthodologiques
 - II. 1/ Méthodologie de sélection des études
 - II. 2/ Émergence d'un auteur : J. Bancroft
 - II. 3/ Méthodologie d'évaluation de l'humeur et de la sexualité
 - II. 4/ Cadre du projet bibliographique
- III. Humeur et sexualité masculine : conceptions au XX^{ème} siècle (avant Bancroft)
 - III. 1/ Travaux préliminaires
 - III. 2/ Tournant des années 90 : 4 travaux-clés
 - III. 3/ Focus sur dysfonctions érectiles et dépression
- IV. Travaux de Bancroft : de l'étude à la modélisation
 - IV. 1/ Préambule
 - IV. 2/ Humeur et sexualité chez les hommes hétérosexuels
 - IV. 3/ Humeur et sexualité chez les hommes homosexuels
 - IV. 4/ Comparaison des données en fonction de l'orientation sexuelle
 - IV. 5/ Trouble de l'humeur et prise de risque sexuel
 - IV. 6/ Application à la modélisation de Bancroft :

 intégration des données sur humeur et sexualité au modèle de
 contrôle dual de la réponse génitale masculine
- V. Synthèse et discussion
- VI. Conclusion
- VII. Bibliographie

I. Introduction

Que sait-on des relations entre l'humeur et le désir, l'excitation et le plaisir sexuels chez les personnes de sexe masculin ? La dépression s'accompagne-t-elle systématiquement d'un appauvrissement de la sexualité, conséquence d'une fonction érectile défaillante et d'une anhédonie touchant tous les champs du désir ? Dans l'hypothèse selon laquelle les hommes ne réagiraient pas de manière univoque à un trouble de l'humeur, quels facteurs déterminent les modifications de la sexualité : l'âge, l'intensité du trouble thymique, l'orientation sexuelle, les habitudes sexuelles antérieures au trouble thymique... ?

Les discussions récentes, dans les congrès de Sexologie clinique, ont mis en avant la complexité de la sexualité féminine : la séquence désir-excitation-plaisir pouvant être perturbée à tout niveau, et l'enchaînement des séquences n'étant pas linéaire (femmes présentant des signes d'excitation objective, mais sans excitation subjective, par exemple...). Au contraire, la sexualité masculine peut sembler simple (simpliste?), son moteur étant l'érection, son traitement pharmacologique principal, les inhibiteurs de la PDE-5. Au point que d'aucuns, revendiquant la parité hommefemme de la complexité, se sont exclamés lors de ces mêmes congrès : « La femme n'est pas que pur esprit, et l'homme n'est pas qu'un sexe... ». Il faut dire que les connaissances relatives aux troubles de l'humeur et à la sexualité masculine peuvent sembler d'une grande limpidité (dépression = pas d'érection = pas de désir, pas de sexualité) mais sont démenties par des travaux récents.

Nous tâcherons, au fil de ce mémoire, de mettre en lumière les nuances à apporter à ce schématisme des rapports humeur-sexe chez l'homme...afin de montrer que l'homme aussi peut avoir des états d'âme complexes en matière de sexualité. Afin, également, de montrer les différences entre sexualité masculine hétérosexuelle et homosexuelle, et de ne pas appliquer, *a priori*, l'approche sexologique d'un trouble de la sexualité chez l'homme hétérosexuel à l'homme homosexuel.

II. Aspects méthodologiques

II. 1/ Méthodologie de sélection des études

Les travaux référencés dans ce mémoire de bibliographie ont, pour la majorité, étaient sélectionnés sur les moteurs de recherche classiquement utilisés en médecine : recherche medline sur des sites de référencement de type *pubmed*, ou *qwam*, récemment mis en ligne, permettant une recherche simultanée sur plusieurs banques de données médicales.

Plusieurs combinaisons de mots-clés ont été utilisées, afin d'affiner le champ d'investigation quand le nombre d'articles annoncés par le moteur semblait trop élevé. Par exemple, les termes « mood » et « sexuality », pris séparément, renvoient à un grand nombre d'articles mais la combinaison de ces deux items dans la section « Titre de l'article » a permis d'identifier 13 articles.

II. 2/ Emergence d'un auteur : J. Bancroft

Sur les 13 articles sélectionnés sur la combinaison « mood » et « sexuality » (contenus dans le titre de la publication), d'intérêt inégal dans le cadre du sujet retenu, 9 comportaient comme signature John Bancroft, cet auteur ayant publié des papiers particulièrement fouillés sur les rapports entre humeur et sexualité chez l'homme hétérosexuel et homosexuel. Directeur du Kinsey Institute fondé en 1947 à Bloomington (Indiana), J. Bancroft propose un modèle de sexualité masculine, présenté dans ce mémoire, intégrant les résultats de ses recherches sur les liens unissant humeur et réponses sexuelles. La pertinence (et l'originalité) de ses travaux a conduit à envisager deux périodes dans les connaissances relatives à la sexualité masculine et à l'humeur : les travaux antérieurs à Bancroft d'une part, les hypothèses et les modèles présentés par Bancroft d'autre part.

II. 3/ Méthodologie d'évaluation de l'humeur et de la sexualité

Les méthodes d'évaluation de l'humeur varient d'une étude à l'autre. D'une part, la date de publication des travaux est parfois antérieure aux classifications psychiatriques modernes telles le DSM IV.⁽¹⁾

Et l'évaluation de l'humeur des patients ne prend pas toujours en compte la prise concomitante d'un traitement antidépresseur dont les effets ne sont pas neutres sur la sexualité masculine. Dans ce contexte, comment faire la part des choses entre iatrogénie médicamenteuse et incidence de l'humeur sur la sexualité ? Dans l'idéal, le travail utilise les critères diagnostiques du DSM IV et confirme l'état de l'humeur par une échelle, comme la HRSD (Hamington Rating Scale for Depression). C'est le cas, par exemple, de l'étude Kennedy (référencée 9) détaillée plus loin. Certaines études ne distinguent pas précisément anxiété et dépression, ce qui rend difficile leur interprétation car les rôles joués par ces pathologies sur les différents aspects de la sexualité masculine (désir, excitation, plaisir) semblent très différents.

D'autre part, certains travaux prospectifs tentent d'induire une humeur négative chez les personnes étudiées (par le biais d'une musique triste...) et d'évaluer leur excitabilité sexuelle au décours de cette induction... Méthodologie critiquable, ne permettant pas d'extrapoler les résultats obtenus aux patients présentant un authentique épisode dépressif, mais dont les enseignements sont des pistes de réflexion intéressantes pour des travaux futurs.

L'évaluation de la sexualité masculine dans les différents travaux référencés est polymorphe, et fait intervenir des outils variés : certains questionnaires généraux de santé sexuelle (évaluant désir, excitation et plaisir) tels le *Sexual Function Questionnaire* dans l'étude Kennedy, pléthysmographie pénienne dans les études Mitchell et Nofzinger, ou encore le questionnaire *Mood and Sexuality Questionnaire* développé spécifiquement pour déterminer l'intérêt sexuel du sujet dans le cadre d'une dépression ou d'un trouble anxieux. Ce dernier questionnaire se compose de quatre parties : évaluation de l'intérêt sexuel et de la réponse érectile dans le cadre d'une dépression (MS-1 et MS-2) et dans le cadre d'un trouble anxieux (MS-3 et MS-4). Les questions sont du type : « Quand vous vous sentez déprimé, qu'arrive-t-il à votre intérêt sexuel ? », et, pour chaque question, le sujet choisit un score de 1 à 9, 1 signi-

fiant « réduction », 5 « pas de changement », 9 « augmentation ». Ainsi, le score obtenu (MS-total) varie de 4 à 36.

II. 4/ Cadre du projet bibliographique

Ce travail n'a évidemment pas la prétention de l'exhaustivité. Bien au contraire, le parti-pris de ne pas développer certains chapitres ayant un lien avec notre sujet a été adopté. Afin de ne pas survoler certains sujets qui mériteraient d'être traités à part entière dans un mémoire. Ainsi, nous n'aborderons que la sexualité masculine dans ce travail, afin de délimiter un champ de réflexion raisonnable. Le même type de travail sur la sexualité féminine semblerait particulièrement intéressant à effectuer, dans un second temps, afin de comparer les résultats obtenus. De même, nous envisagerons uniquement les états dépressifs et n'évoquerons pas les états maniaques, ayant motivé peu de publication récente (et peu de publication dans le domaine de la sexualité, récente ou ancienne...).

Par ailleurs, nous ne traiterons pas des aspects criminologiques de la sexualité des hommes dépressifs (dépression et viol, dépression et exhibitionnisme), thème riche, trop riche pour être intégré de manière satisfaisante dans ce mémoire.

Enfin, nous avons pris le parti de développer tout particulièrement les liens entre intérêt/motivation sexuel(le) et dépression, et d'être plus synthétique sur les relations entre dysfonction érectile et trouble de l'humeur. Ces dernières sont largement abordées dans la littérature, sous l'impulsion de l'industrie des inhibiteurs de la PDE-5, et les liens entretenus entre ces deux pathologies ne sont pas à proprement parler de « nouvelles perspectives », comme le mentionne le titre choisi. Nous tâcherons de pointer du doigt les questions soulevées par ces études, et non les réponses épidémiologiques qu'elles apportent.

III. Humeur et sexualité masculine : conceptions au XX° siècle (avant Bancroft)

III. 1/ Travaux préliminaires

Les travaux réalisés avant ceux de J. Bancroft associent volontiers les états d'humeur « négatifs » (dépression, anxiété, stress...) à une diminution de l'intérêt des hommes pour la sexualité, et de leur capacité de réponse sexuelle. Ainsi, Beck, en 1967, rapporte dans son traité sur la dépression *Depression : clinical, experimental and theoretical aspects* une anesthésie de toutes les étapes de la séquence désir/excitation/plaisir chez l'homme déprimé.⁽²⁾

Ses travaux réalisés versus une population-témoin font état d'un intérêt sexuel faible chez 61 % des hommes déprimés, versus 27 % chez des sujets témoins. Il vient ainsi renforcer l'idée avancée par Cassidy dix ans avant sur la sexualité des hommes déprimés : cet auteur relevait une « diminution de la libido » (sexuelle) chez 83 % des hommes souffrant d'une dépression. (3)

Masters et Johnson n'ont pas apporté de nuance à ces constatations, soulignant également le rôle joué par l'humeur négative, et plus particulièrement l'anxiété, dans la genèse et l'entretien des dysfonctions sexuelles chez l'homme, en particulier des dysérections. (4)

Ces données ont été confirmées par les auteurs suivants tels Schreiner-Engel et Schiavi, qui étudient la psychopathologie des hommes manifestant un désir sexuel plus faible que la moyenne, et montrent que ceux-ci semblent présenter un plus grand nombre d'épisodes dépressifs dans leur vie.⁽⁵⁾

Dans ce travail, la démarche intellectuelle est inversée par rapport à celle de Beck car les auteurs partent de la dysfonction sexuelle pour remonter à la psychopathologie du patient, mais l'esprit des conclusions est similaire et peut être résumé par la formule « dépression = pas de sexualité chez l'homme. » D'autres études viennent alimenter ce type d'idées, mais soulignons que leur critère primaire n'était pas l'étude des liens entre trouble de l'humeur et sexualité : elles étaient davantage consacrées à l'évaluation de la iatrogénie des traitements antidépresseurs. Ainsi, Baldwin, en 1996, relève une dysfonction sexuelle chez près d'un patient déprimé sur deux⁽⁶⁾, chiffre inférieur à ceux avancés par Cassidy, mais ne pousse pas plus

loin ses travaux pour expliquer cet écart. De même, une étude menée par Howell en 1987 met en évidence, moins la diminution de l'activité sexuelle chez l'homme déprimé, que l'insatisfaction ressentie par rapport à la sexualité.

Ainsi, chez certains sujets présentant une dépression majeure, et rapportant une activité sexuelle comparable à leur activité antérieure, une diminution de l'intérêt pour la sexualité et de la satisfaction liée à l'activité sexuelle est mesurée.⁽⁷⁾

III. 2/ Tournant des années 90 : 4 travaux-clés

Dans les années 90, plusieurs travaux menés sur les patients en dépression viennent enrichir la connaissance de la sexualité masculine dans cette pathologie. Soulignons tout d'abord l'existence d'une étude menée par Nofzinger et coll. en 1993 intitulée Sexual function in depressed men.⁽⁸⁾

Cette étude longitudinale suit la sexualité de patients en dépression ayant bénéficié d'une thérapie cognitivo-comportementale (sans traitement médicamenteux). L'accent est mis, dans les résultats, sur la perception que le patient peut avoir de sa propre sexualité. En effet, la « perte d'intérêt pour la sexualité » n'est pas retrouvée de manière systématique, il semble au contraire qu'une proportion de patients rapporte une activité sexuelle plus fréquente que d'habitude. Ce sous-groupe présente comme caractéristiques des niveaux élevés d'anxiété, une récurrence d'épisodes dépressifs dans leur vie et une mauvaise réponse à la thérapie cognitivo-comportementale.

En revanche, l'ensemble des patients rapporte une diminution de la satisfaction sexuelle, ce qui tendrait à montrer que la dépression agit moins sur les fonctions organiques et sur les comportements que sur les perceptions cognitives de ceux-ci. Pour la première fois dans une étude, une distorsion des perceptions cognitives du comportement sexuel est mise en évidence chez l'homme présentant une dépression. L'évolution de ces hommes pendant le traitement montre une activité sexuelle qui, objectivement, n'évolue pas, mais la perception de cette activité change visiblement : le patient rapporte un degré de satisfaction plus élevé pour une activité comparable. Ce type de travail constituera le point de départ des travaux de Bancroft évoqués plus loin. Il n'est pas sans rappeler les réflexions actuelles de Rosemary Basson sur la sexualité féminine, mettant l'accent sur les notions de troubles de

l'excitation subjective.

En 1999, la publication d'un travail vient (enfin ?) affiner les connaissances sur les relations entre sexualité masculine et humeur, posant la question de la sexualité des patients déprimés avant l'initiation d'un traitement médicamenteux. (9) Kennedy et coll soulignent en effet que de nombreuses études ont montré les conséquences délétères des médicaments antidépresseurs sur la sexualité...sans que l'on connaisse avec précision la sexualité de ces patients avant l'initiation du traitement. Si cette étude avait pour vocation initiale de « relativiser » l'effet des antidépresseurs sur la sexualité, elle est pour nous riche d'enseignements sur la sexualité des hommes (et des femmes, l'étude est mixte) au début d'un épisode dépressif. Son objectif primaire est d'évaluer « les effets d'une dépression sur le désir, l'excitation et l'orgasme chez des patients ne prenant pas de traitement ». La méthodologie de cette étude semble pertinente à plus d'un titre :

- Les auteurs utilisent les critères DSM IV pour confirmer le diagnostic de dépression; ils distinguent les dépressions majeures des états mélancoliques ou des dépressions mélancoliques (comme le fait le DSM)
- 2) Les auteurs évaluent la personnalité pré-morbide des patients afin d'évaluer les conséquences éventuelles de cette donnée sur la sexualité pendant la dépression ; ils utilisent à cette fin le NEO Personnality Inventory (NEO PI-R) de Costa and McCrae (1992)
- 3) les auteurs recherchent une corrélation entre la dysfonction sexuelle et la sévérité, le type de la dépression, mais aussi avec l'existence d'un trouble sur l'axe 1 du DSM.
- 4) Les auteurs utilisent un questionnaire validé pour évaluer les fonctions sexuelles : Sexual Functioning Questionnaire (SFQ-version 1 ; Kennedy et coll.). L'orientation sexuelle n'est pas prise en compte « pour des raisons éthiques », et nous verrons, à la lumière des travaux de Bancroft, que cette donnée aurait été particulièrement pertinente.

Notons que les 169 patients recrutés dans ce travail ne sont pas hospitalisés. Les résultats obtenus chez les hommes montrent que 26 % n'ont eu aucune activité sexuelle dans le mois précédent l'évaluation (contre 49 % des femmes, p<0,01). Une diminution du désir est retrouvée chez près de 40 % des hommes, et 34 % des hommes rapportent une érection moins vigoureuse. Près d'un homme déprimé sur

deux présente des difficultés à maintenir une érection. Une éjaculation retardée est retrouvée chez plus d'un homme sur cinq, une éjaculation rapide touche 12 % de l'effectif masculin. Soulignons qu'il n'existe pas de corrélation entre la gravité ou le type d'épisode dépressif et l'incidence d'une dysfonction sexuelle, ce qui contredit les données précédentes, par exemple de Casper *et coll*.⁽¹⁰⁾

De même, chez l'homme présentant une dépression, aucune corrélation n'a été montrée dans cette étude entre un type de personnalité pré-morbide et la survenue d'une dysfonction sexuelle. Par contre, l'âge semble être un facteur favorisant la survenue d'un trouble de l'excitation ou de l'orgasme. De la même manière, le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs joue un rôle dans les dysfonctions sexuelles de ces patients : les hommes les plus exposés à un trouble du désir, de l'excitation ou de l'orgasme sont ceux ayant présenté le moins d'épisodes dépressifs antérieurs.

Ainsi, l'intérêt de ce travail est de proposer une *baseline* de la sexualité des patients déprimés avant l'instauration d'un traitement antidépresseur, relativisant la iatrogénie de ce type de médicaments. Mais il comporte déjà des idées originales, comme l'absence de corrélation entre gravité de la dépression et survenue d'une dysfonction sexuelle, qui laisse penser que les modifications de la sexualité corrélées à l'humeur chez l'homme ne sont pas univoques, et dépendent de facteurs nonidentifiés au moment de ce travail.

Au même moment Mitchell publie un travail qui peut sembler « anecdotique », mais renforce l'idée que « les relations entre humeur et sexualité masculine ne sont pas si simples ». (11) Ce travail ne porte pas sur des patients déprimés : les 24 hommes recrutés sont des volontaires sans dysfonction sexuelle particulière, sans problème psychiatrique (identifié sur le *Psychiatric Diagnostic Interview*), et d'orientation hétérosexuelle. Une évaluation objective et subjective de leur degré d'excitation sexuelle devant des stimuli visuels est réalisée, avant et après l'audition de musiques modifiant leur humeur : musiques joyeuses telles la Petite Musique de Nuit de Mozart, musique triste des adagios (dont celui d'Albinoni...). Les résultats de cette « petite » étude mettent en évidence le décalage entre l'excitation subjective du sujet et l'excitation objective (vasocongestion pénienne) en réponse à une stimulation négative de l'humeur (les adagios...). Ainsi, si la stimulation négative de l'humeur s'accompagne bien d'une baisse de l'humeur telle qu'évaluée par un questionnaire, et d'une diminution objective de la tumescence pénienne devant un stimulus visuel sexuel,

elle ne s'accompagne pas d'une variation subjective (exprimée par le sujet) de l'excitation sexuelle. Tout semble se passer comme si l'homme « compensait » pendant un temps sa défaillance organique en « surestimant » son excitation sexuelle. Ce qui irait dans le sens d'un modèle où les perturbations organiques (diminution du nombre et de la qualité des érections) seraient les facteurs primaires, liés à la dépression, le manque de désir n'étant qu'une conséquence de cette faiblesse organique...

Enfin, corroborant les données de Nofzinger, Angst et coll. proposent une étude épidémiologique sur les dysfonctions sexuelles présentées par une cohorte issue de la population générale de Zurich, et croisent la prévalence de chacune des dysfonctions avec la présence ou l'absence d'une dépression chez chacun des sujets ; les résultats obtenus chez l'homme, présentés dans le tableau ci-dessous, montrent que l'augmentation de la libido touche près d'un quart des hommes en dépression, un autre quart étant touché par une diminution de la libido. (12) Ces données sont très différentes de celles obtenues chez la femme, rarement affectée par une exacerbation de la libido dans le cadre d'une dépression.

	Hommes	Hommes	Femmes	Femmes
	(dépression)	(sans dépression)	(dépression)	(sans dépression)
Nombre	47	197	79	168
de patients				
Augmentation de	23,3 %	6,9 %	8,8 %	1,7 %
la libido				
D im in u tio n	25,7 %	11,1 %	35,3 %	31,6 %
de la libido				
Dysfonction	11,1 %	6,9 %	25,7 %	18,0 %
sexuelle				
Problème	15,9 %	7,2 %	18,8 %	15,2 %
émotionnel				
Tout problème	48,2 %	17,6 %	50,9 %	31,9 %
sexuel				

Tableau 1 - Etude Angst : Prévalence des difficultés sexuelles rapportées par une population d'hommes et de femmes en dépression ou ne présentant pas de dépression

Ainsi, à la fin des années 90, les données sur la sexualité masculine dans un contexte de trouble thymique se complexifient ; d'une part, dysfonction érectile et perte d'intérêt sexuel ne semblent plus systématiquement associées. D'autre part, un pourcentage non-négligeable (supérieur à 20 %) d'hommes présentent une augmentation de l'intérêt sexuel dans le cadre d'une dépression. Dans ce contexte fleurissent quantité d'études sur la dysfonction érectile spécifiquement évaluée dans le cadre d'une dépression. Si ces études apportent, comme nous l'évoquerons dans le chapitre suivant, des données précieuses sur la pathologie de l'érection, elles ne répondent guère à la question suivante : que devient l'intérêt sexuel masculin pendant un trouble thymique ? Cette question sera abordée, quelques années plus tard, dans les travaux de Bancroft.

III. 3/ Focus sur dysfonctions érectiles et dépression

Les relations entre dépression et dysfonctions érectiles sont complexes : d'une part, parce que la dépression induit des modifications neuro-biologiques et hormonales, ou peut s'accompagner de la prescription d'un traitement iatrogène sur la sexualité. D'autre part, parce qu'une dysfonction érectile peut entraîner une perte de l'estime de soi et un syndrome dépressif, l'ensemble s'inscrivant dans un véritable cercle vicieux dans lequel se confondent cause et conséquence. Le parti-pris de ce mémoire était de ne pas développer le chapitre « dysfonctions érectiles » qui mériterait, pour aborder ses liens avec la dépression, un mémoire entier. Inversement, il n'est pas possible d'en faire l'impasse quand on aborde le sujet de la sexualité masculine. Aussi ce focus portera-t-il sur une étude particulièrement intéressante, tirée des travaux menés sur la MMAS (*Massachusetts Male Aging Study*) : l'étude Araujo et coll. se penchant sur les relations entre symptômes dépressifs et dysfonction érectile. (13)

Dans cette étude, la prévalence de la dysfonction érectile double presque entre 40 et 70 ans, et la prévalence de la dépression reste stable, proche de 12 % quelle que soit la classe d'âge. Pour chaque classe d'âge, il semble exister une corrélation entre dysfonction érectile et dépression. Ainsi, la dépression serait l'un des facteurs de risque de dysfonction érectile, indépendant de l'age, mais aussi de l'état de santé,

des conditions de vie, des traitements médicamenteux et du statut hormonal. Cependant, l'antériorité des signes dépressifs par rapport à la dysfonction érectile n'est pas clairement établie, et si cette étude montre que le patient déprimé présente 1,82 fois plus de risques de souffrir de dysfonction érectile, d'autres données rapportent 2 fois plus de survenue de dépression chez un homme présentant initialement une dysfonction érectile...⁽¹⁴⁾

Qui, de la poule ou de l'œuf... Donnée encore plus troublante, l'étude Araujo établit un lien entre dysfonction érectile et dépression, entre dysfonction érectile et perte d'intérêt sexuel mais ne parvient pas à démontrer un lien entre dépression et diminution de l'intérêt sexuel ! Ce qui évoquerait une perte d'intérêt sexuel consécutive à la dysfonction érectile et non à la dépression. Ainsi, le désir ou l'excitabilité chez l'homme ne se résumeraient pas à l'érection, mais la dysfonction érectile s'accompagnerait, dans un second temps, d'un émoussement de ces paramètres. Ce qui rappelle les travaux de Mitchell évoqués dans le chapitre précédent ; la convergence de ces données expérimentales (Mitchell) et épidémiologiques (Araujo) pourrait laisser penser que le « bastion du désir » tient pendant un temps chez l'homme présentant une dysfonction érectile, puis s'effondre dans un second temps.

Finalement, la confusion, dans le domaine de la dépression, de la fonction érectile, du désir, et de l'intérêt sexuel, ne fait que refléter cet amalgame souvent présent dans les esprits au sujet de la sexualité masculine.

IV. Travaux de Bancroft : de l'étude à la modélisation

IV. 1/ Préambule

Deux études fondamentales sont publiées, l'une à la suite de l'autre, dans *Archives of Sexual Behavior* en 2003. Signées par l'équipe de Bancroft, elles distinguent les relations entre humeur et sexualité chez les hommes hétérosexuels et chez les hommes homosexuels. Après avoir présenté les principaux résultats de chacune de ces études (et des travaux d'autres équipes ayant un rapport direct avec cette thématique), la pertinence d'une répartition des sujets en fonction de leur orientation sexuelle sera abordée.

IV. 2/ Humeur et sexualité chez les hommes hétérosexuels

Cette étude a été inspirée par les carences de la littérature consacrée à la sexualité des hommes présentant une dépression. En effet, les idées préconçues sur la pauvreté de la sexualité en cas de dépression (pauvreté du désir, impossibilité d'excitation, incapacité au plaisir) n'ont pas incité à mener de véritables études dans ce domaine. Pourtant, la mise en évidence d'augmentation de l'activité sexuelle dans un contexte de trouble thymique (« compulsion sexuelle » disent certains auteurs, sans qu'il ait été clairement montré que ce type de comportement sexuel est comparable aux troubles compulsifs décrits jusqu'à présent) montre que l'activité sexuelle d'un homme en dépression ne va pas toujours dans le même sens. De plus, une distinction semble devoir être faite entre trouble de l'humeur de type dépression, et anxiété, les conséquences de l'un et de l'autre sur la sexualité n'étant pas superposables.

L'étude menée par Bancroft a inclus 919 participants hétérosexuels, qui devaient remplir plusieurs questionnaires évaluant à la fois leur état psychique et leur sexualité: par exemple, le *Mood and Sexuality Questionnaire* (MSQ), évaluant l'évolution de leur intérêt sexuel et de leur capacité érectile en cas de dépression ou d'anxiété, et le *Zemore Depression Proneness Ratings* (ZDPR) évaluant la propension de chaque sujet à présenter une dépression (fréquence/sévérité de la dépression). Des données démographiques complètes étaient recueillies chez chaque participant,

ainsi qu'un historique de sa sexualité.

Les résultats quantitatifs mettent en évidence le rôle différent joué par la dépression et l'anxiété sur la sexualité (tableaux 2 et 3). L'anxiété semble ainsi pouvoir accroître l'intérêt sexuel chez plus d'un sujet sur cinq, alors que le pourcentage d'hommes en dépression présentant une augmentation de cet intérêt sexuel est plus faible que dans l'étude Angst (9,4 % versus >20%!). Ce qui aurait tendance à montrer que les études antérieures confondaient parfois dépression et anxiété, sans distinguer le rôle respectif de chacun de ces troubles. L'âge semble influencer le type d'évolution de l'intérêt sexuel en cas de dépression, les hommes âgés ayant tendance à présenter un intérêt diminué, les plus jeunes étant, au contraire, sur-représentés dans la catégorie « augmentation de l'intérêt sexuel ». De même, les sujets présentant des épisodes dépressifs plus fréquents et/ou plus marqués manifestent un intérêt sexuel augmenté.

	Nombre de	% diminution	% pas de	% augmentation
	sujets		changement	
Intérêt	562	42,0	48,6	9,4
sexuel				
Réponse sexuelle	561	19,3	77,5	3,2

Tableau 2 : Résultats obtenus « quand le sujet se sent déprimé » (p inter-groupe < 0,001)

	Nombre de	% diminution	% pas de	% augmentation
	sujets		changement	
Intérêt sexuel	699	28,3	51,1	20,6
Réponse 	699	16,6	72,8	10,6
sexuelle				

Tableau 3 : Résultats obtenus « quand le sujet se sent anxieux/stressé » (p inter-groupe < 0,001)

Ces résultats quantitatifs ont été complétés par des entretiens individuels, permettant d'obtenir des éléments de réponse qualitatifs aux questions soulevées par ces données. Ainsi, chez les hommes présentant une diminution de l'intérêt sexuel quand ils sont déprimés, le repli sur soi, l'incapacité de fantasmer, d'avoir une pensée érotique, d'imaginer prendre du plaisir sont avancés ; ces hommes ne considèrent pas que le sexe pourrait les aider à améliorer leur état.

Parmi les hommes manifestant une augmentation de l'intérêt sexuel quand ils sont déprimés, l'activité sexuelle est présentée comme un régulateur de l'humeur : le « sexe-médicament ». Dans ce cadre, la relation sexuelle est perçue comme un moyen de se sentir proche de l'autre, qu'il s'agisse d'un partenaire régulier, ou même, pour l'un des participants interviewés, d'une personne uniquement contactée en cas de « déprime », parce que les relations avec elles sont simples et réconfortantes. La relation sexuelle est également présentée comme un moyen de réassurance, d'augmentation de l'estime de soi. Dans ce cadre, la masturbation n'est pas davantage pratiquée, car elle renvoie, au contraire, à l'incapacité de rencontrer l'autre, à la solitude et à la rumination mentale.

En revanche, chez les patients dont l'intérêt sexuel est accru en cas d'anxiété, l'acte sexuel est recherché comme une fin, pour ses fonctions apaisantes immédiates, et la masturbation est utilisée comme anxiolytique par plus d'un homme sur deux, en cas de stress, alors que moins d'un homme sur quatre déclare y recourir pour lutter contre un état dépressif.

Cependant, un petit pourcentage de sujets décrit la masturbation comme un moyen pratique d'obtenir un plaisir sexuel en cas de dépression, car n'exposant pas au regard donc au jugement de l'autre, et n'amplifiant pas une auto-dévalorisation déjà marquée dans de tels états.

Ainsi, Bancroft souligne par cette étude la variabilité possible des réponses obtenues dans le domaine de la sexualité chez un patient présentant un trouble de l'humeur, et la complexité des interactions humeur-sexualité. Il souligne une limite essentielle de ce travail : l'indistinction entre variations « physiologiques » et pathologiques de l'humeur, et l'existence implicite d'un continuum entre « coups de blues » et dépression vraie, qui n'est pas établie.

Cependant, la conclusion qu'il apporte semble cohérente avec les résultats obtenus dans cette étude : il faut investiguer la sexualité des personnes présentant une dépression, en les interrogeant tant sur la diminution que sur l'augmentation de leur intérêt sexuel. Inversement, les patients rapportant une diminution ou une augmentation de leur intérêt sexuel doivent être évalués sur le plan thymique.

IV. 3/ Humeur et sexualité chez les hommes homosexuels

L'approche originale de Bancroft est d'avoir publiée deux études tout à fait comparables sur le plan méthodologique, l'une consacrée à la population masculine hétérosexuelle, l'autre à la population masculine homosexuelle. (16)

En effet, le présupposé d'une sexualité comparable entre les deux populations, aux choix d'objet près, semble largement remis en question par des études de prévalence de certains troubles psychiatriques (dépression, anxiété, conduites suicidaires...) dans la population homosexuelle. Bancroft souligne lui-même qu'il n'est pas possible d'expliquer cette observation, les uns l'envisageant d'un point de vue social (conséquences sociales d'appartenir à une minorité), les autres d'un point de vue psycho-dynamique (vulnérabilité psychique conduisant d'une part à un choix d'objet sexuel identique, exposant d'autre part à certaines pathologies psychiatriques).

Quoi qu'il en soit, le choix de conduire deux études distinctes est audacieux, beaucoup d'auteurs se réfugiant derrière des considérations éthiques pour ne pas mentionner l'orientation sexuelle des sujets inclus, ou ne se posant même pas la question d'une divergence des résultats obtenus en fonction de l'orientation sexuelle.

La méthodologie suivie dans cette étude est en tous points comparable à celle décrite dans l'étude précédente, et 662 sujets masculins homosexuels ont été inclus dans ce travail.

Les résultats obtenus sont présentés dans les tableaux 4 et 5 ci-dessous.

	Nombre de	% diminution	% pas de	% augmentation
	sujets		changement	
Intérêt sexuel	455	46,8	37,2	16,0
Réponse sexuelle	455	37,1	55,7	7,2

Tableau 4 : Résultats obtenus « quand le sujet se sent déprimé »

	Nombre de	% diminution	% pas de	% augmentation
	sujets		changement	
Intérêt	506	38,7	37,4	23,9
sexuel				
Réponse	504	31,2	54,7	14,1
sexuelle				

Tableau 5 : Résultats obtenus « quand le sujet se sent anxieux/stressé »

Ainsi, chez les hommes homosexuels, une proportion plus élevée rapporte une augmentation de l'intérêt sexuel et de la capacité érectile en cas de dépression, en comparaison d'une population hétérosexuelle. Par contre, les hommes homosexuels semblent présenter une diminution de l'intérêt et de la réponse sexuels plus marquée en cas d'anxiété, en comparaison de la même population hétérosexuelle. L'âge ne joue aucun rôle dans l'évolution de l'intérêt sexuel en cas de dépression, ce qui différencie cette population des hétérosexuels.

De même, la tendance à présenter des épisodes dépressifs plus fréquents et/ou plus marqués n'est pas corrélée à une modification, quelle qu'elle soit, de l'intérêt sexuel. Cette donnée distingue également la population homosexuelle de la population hétérosexuelle.

Les entretiens qualitatifs menés avec cette population ont permis de retrouver certaines données identifiées chez les hommes hétérosexuels : intérêt d'une activité sexuelle accrue pour renforcer l'estime de soi, pour sortir de la solitude chez certains hommes. Mais des données supplémentaires ont été établies, par exemple une prise de risque plus marquée dans un contexte dépressif, avec des conduites exposant aux maladies sexuellement transmissibles qui n'auraient pas été adoptées en l'absence de dépression. Cet aspect est abordé dans l'un des chapitres suivants.

IV. 4/ Comparaison des données en fonction de l'orientation sexuelle

Les auteurs soulignent les difficultés méthodologiques d'une comparaison directe entre les résultats obtenus dans la population homosexuelle et ceux obtenus dans la population hétérosexuelle, ces deux populations se distinguant par d'autres caractéristiques que leur orientation sexuelle : par exemple, leur âge, ou encore leur contexte de recrutement dans l'étude.

Notons d'une part les résultats convergents d'une étude à l'autre :

- Tous les hommes ne réagissent pas de la même manière, dans le domaine de la sexualité, à un épisode dépressif : si près de la moitié d'entre-eux présente une diminution de l'intérêt sexuel, un nombre non-négligeable rapporte une augmentation de cet intérêt
- Dans le cadre d'une augmentation de l'intérêt sexuel chez l'homme en dépression, l'acte sexuel avec partenaire est préféré à la masturbation, cette dernière pouvant renforcer les sentiments de solitude et d'auto-dévalorisation. Cependant, un sous-groupe, très minoritaire, s'orientera vers la masturbation, jugée moins dangereuse pour l'estime de soi
- Dans le cadre d'une anxiété, un homme sur cinq en moyenne rapporte une augmentation de l'intérêt sexuel et recherche l'effet anxiolytique immédiat de l'acte sexuel lui-même : la masturbation remplit avantageusement cette fonction
- De manière générale, les relations entre dépression et sexualité semblent plus complexes que les relations entre anxiété et sexualité

Cependant, quelques points de divergence peuvent être évoqués sur la base de ces deux études :

- Les hommes homosexuels déprimés rapportent plus souvent une augmentation de l'intérêt sexuel que les hommes hétérosexuels déprimés ; l'âge et la propension à présenter une dépression ne sont pas corrélés à cet état
- Les hommes hétérosexuels déprimés rapportant un intérêt sexuel accru sont statistiquement plus jeunes et plus exposés à des récurrences dépressives que la population générale

- Une prise de risque accrue est associée à l'augmentation de l'intérêt sexuel chez les hommes homosexuels déprimés, cet aspect ne ressortant pas dans l'étude menée sur la population hétérosexuelle.

Tenter d'expliquer ces différences expose bien évidemment à de nombreux dangers, tant sont tenaces les préjugés et faibles les connaissances objectives dans le domaine de l'homosexualité. L'hypothèse avancée par Bancroft d'une sexualité homosexuelle émergeant dans un contexte thymique souvent négatif (vécu de la découverte de l'homosexualité par le sujet lui-même/par son entourage... et manque cruel d'éducation sexuelle homosexuelle) pourrait expliquer la résurgence d'une curiosité sexuelle exacerbée dans des états thymiques négatifs.

Dans cette perspective, il serait intéressant d'étudier le contexte thymique de découverte de la sexualité chez les hommes homosexuels, mais aussi hétérosexuels, afin d'évaluer le rôle de celui-ci sur l'intérêt sexuel ultérieur dans différents contextes thymiques.

Quant à la prise de risque, elle pourrait être liée, selon les auteurs, à une plus grande facilité de recrutement des partenaires pour les homosexuels que pour les hétérosexuels. Ce qui reste à démontrer... A l'opposé de cette approche très pragmatique, la notion de prise de risque, de « pulsion de mort » associée à la sexualité dans un contexte thymique négatif peut être évoqué. Le paragraphe suivant fait le point sur ce sujet particulier.

IV. 5/ Trouble de l'humeur et prise de risque sexuel

Plusieurs générations de travaux se sont succédé pour modéliser une relation entre l'état de l'humeur et la prise de risque sexuel (rapports homosexuels sans préservatif, pour l'essentiel). L'épidémie de l'infection par le V.I.H. a conduit les auteurs à mener ces études chez les hommes homosexuels, et les données sont malheureusement plus pauvres dans le domaine, bien réel, de la prise de risque (infectieux) chez les hommes hétérosexuels.

- Une première génération d'études, résumée par Canin dans sa revue des travaux publiés avant 1999, affirme ainsi une relation directe entre l'état dépressif et la prise de risque sexuel, par une distorsion cognitive conduisant à un mauvais recrutement des informations, pourtant bien passées et assimilées, sur les comportements sexuels à risque ; le manque de confiance dans l'avenir caractéristique de l'épisode dépressif favoriserait ce passage à l'acte. (17)
- La publication deux années plus tard par Crepaz d'une méta-analyse, comportant 34 études, remet en cause cette vision et montre qu'une humeur dépressive n'est pas associée de manière évidente à une prise de risque dans le domaine sexuel. (18) L'auteur propose de pousser les recherches pour explorer la signification de l'humeur dépressive chez ces hommes, afin de mettre à jour les croyances et cognitions qui y sont associées : s'agit-il plutôt de « Quelque chose ne va pas, je ferais mieux de ne pas en rajouter en prenant un risque dans le domaine de ma sexualité » ou de « Je me sens nul, à quoi bon me protéger puisque je ne vaux pas la peine de vivre ? ». Démarche déjà initiée par Schwarz en 1990 dans son ouvrage portant sur les cognitions associées à différents états affectifs, et leurs conséquences comportementales. (19)
- Bancroft publie en 2003 un papier offrant une relecture intéressante de la méta-analyse de Crepaz. (20)
 - En effet, il remet en cause la conclusion des auteurs qui va dans le sens d'une absence de relation entre humeur dépressive et prise de risque. Il souligne l'existence de deux profils de sujets, les uns prenant un risque sexuel accru quand ils sont dans un état dépressif, les autres se surprotégeant en pareille situation, et, si la moyenne des deux groupes se traduit dans la méta-analyse de Crepaz par une apparente « neutralité » de l'humeur dépressive sur la

prise de risque, il considère, au contraire, que cette humeur a des effets dans un sens, ou dans l'autre, mais n'est sûrement pas anodine. Il établit un lien fort avec les résultats de ses recherches sur l'humeur et la sexualité (références 15 et 16), montrant que l'humeur dépressive peut avoir des conséquences très variables d'un individu à l'autre, inhibant ou attisant son intérêt sexuel.

Dans le cadre de son modèle de la sexualité masculine, exposé plus loin, l'individu prenant un risque dans un contexte dépressif peut être soumis à trois types de facteurs : l'augmentation de son intérêt sexuel, mais aussi une excitabilité plus importante (système activateur) et une recherche de sensations plus marquée (conduisant à privilégier le bénéfice immédiat, orgasmique, et/ou à mal évaluer le risque encouru).

Ainsi, dans le domaine de la prise de risque sexuel de l'homme dépressif, Bancroft montre l'existence de plusieurs profils, sous l'influence de facteurs variés, et intègre les résultats de ses recherches sur les liens entre humeur et sexualité; il montre également que le modèle dual de contrôle de la sexualité masculine, qu'il proposait avant ces travaux, est compatible avec l'ensemble de ces données.

IV. <u>6/ Application à la modélisation de Bancroft :</u> <u>intégration des données sur humeur et sexualité au modèle de</u> <u>contrôle dual de la réponse génitale masculine</u>

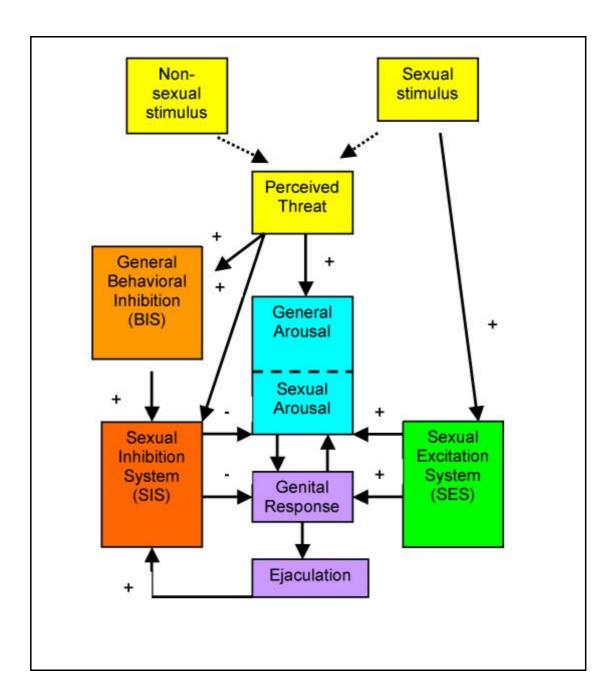
En 1999, Bancroft publie un travail <u>théorique</u> modélisant le système de contrôle de la réponse génitale chez l'homme, insistant sur le contrôle dual de cette réponse : co-existence d'un système activateur (*SES : Sexual Excitatory System*), facilitant le passage à l'acte, et d'un système inhibiteur (*SIS : Sexual Inhibitory System*), bloquant la réponse génitale.⁽²¹⁾

La balance des deux systèmes conduit (ou ne conduit pas) à un comportement sexuel chez l'individu de sexe masculin.

Chacun des systèmes possède une activité basale, variable d'un individu à l'autre en fonction de facteurs génétiques et d'apprentissage.

Ce modèle est issu en grande partie des connaissances neurophysiologiques acquises sur le contrôle des fonctions érectile et éjaculatoire de l'homme. (figure 1)

Figure 1 : Modèle de Bancroft : conceptualisation de l'inhibition et de l'excitation sexuelle chez l'homme – système dual (NB : les termes anglais ont été volontairement conservés pour éviter toute interprétation dans la traduction du modèle original)

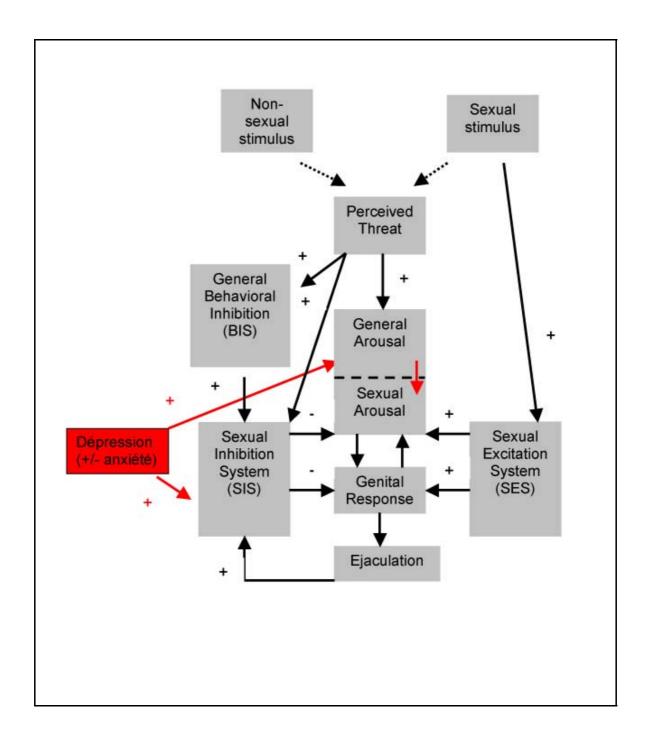


Un point capital de ce modèle est de positionner l'excitabilité sexuelle (sexual arousal) dans le cadre plus général de l'excitabilité, de la mise en alerte, en tension de l'individu (general arousal) et d'émettre l'hypothèse d'un transfert possible de l'une vers l'autre.

Ainsi, une tension sexuelle peut dériver vers une tension générale apparemment non-sexuelle (agressive, par exemple), et, inversement, une tension liée à un facteur non-sexuel pourra être transférée dans le domaine sexuel. Ce modèle permet d'envisager l'existence de différents profils de réponses comportementales dans le cadre d'une dépression :

- L'humeur dépressive (et l'anxiété) va renforcer le S.I.S. mais vont également provoquer une mise en alerte générale de l'organisme, donc amplifier le « general arousal » . (figure 2) Plusieurs cas de figures sont alors possibles, dépendant de facteurs liés à l'individu (niveau basal du S.I.S. et du S.E.S., capacité de transfert d'une excitation générale à une excitation sexuelle) et liés à l'état thymique (dépression avec niveau d'anxiété élevé ou pas).
- Dans l'hypothèse d'un individu possédant un S.I.S. particulièrement actif à l'état basal, et présentant une dépression associée à un niveau d'anxiété faible, le S.I.S. va fonctionner à plein régime, stimulé par l'humeur négative, et le « general arousal » ne va pas augmenter : la réponse génitale aura tendance à etre inhibée.
- Dans l'hypothèse d'un individu possédant un S.I.S. particulièrement faible à l'état basal, le transfert de l'excitation générale à l'excitation sexuelle se matérialisera plus volontiers par un passage à l'acte sexuel.
- Enfin, dans l'hypothèse d'un individu présentant un stress particulièrement marqué, le « trop-plein » de l'excitabilité générale aura tendance à déborder dans le domaine sexuel, s'accompagnant d'un intérêt sexuel renforcé et, dans le cadre d'un S.I.S. peu actif, d'un comportement sexuel plus fréquent.

Figure 2 : Modèle de Bancroft : conceptualisation de l'inhibition et de l'excitation sexuelle chez l'homme – chez un homme présentant une dépression +/- anxiété

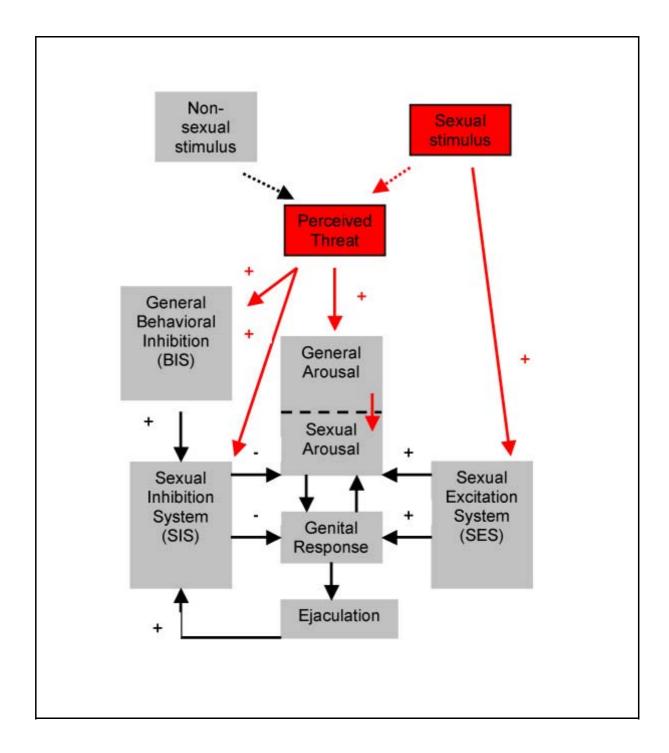


Dans le domaine de la prise de risque, le modèle offre également des perspectives intéressantes. La menace perçue au moment de la prise de risque a tendance à activer le S.I.S., mais aussi à augmenter le niveau d'excitation générale, donc, potentiellement, le niveau d'excitation sexuelle.

Associée à un stimulus sexuel, ce qui est le cas dans le cadre d'une prise de risque sexuel, le S.E.S. est également activé.

La balance est donc fragile et dépendra à la fois du niveau d'activité basal du S.I.S., du S.E.S., de l'intensité de la menace perçue et du stimulus sexuel, et des capacités de l'individu de transférer son excitabilité générale vers une excitabilité sexuelle. (figure 3)

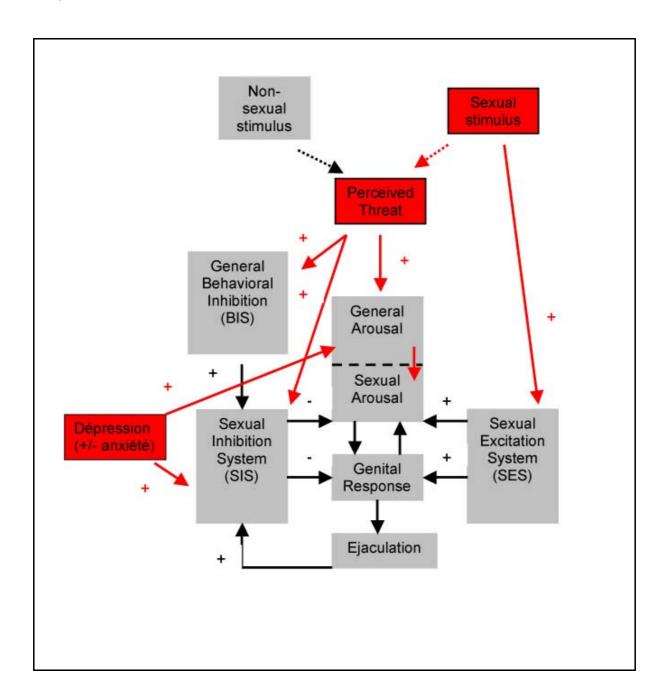
Figure 3 : Modèle de Bancroft : conceptualisation de l'inhibition et de l'excitation sexuelle chez l'homme – chez un homme en situation de prise de risque



Dans quel sens l'humeur dépressive peut-elle faire pencher la balance ? (figure 4)

C'est dans ce cadre que le modèle de Bancroft montre une grande cohérence interne : comme vu précédemment, la dépression peut augmenter à la fois l'excitabilité générale (déjà « dopée » par l'idée de la prise de risque) et le S.I.S. On comprend bien que deux populations de sujets peuvent émerger, l'une au S.I.S. particulièrement actif, bloquant toute réponse sexuelle (même si l'intérêt sexuel est fort, sous l'effet d'un transfert du « general arousal » au « sexual arousal »), l'autre au S.I.S. plus faible, qui, sous l'effet d'un compartiment d'excitabilité générale gonflé à bloc par la prise de risque et par la tension interne liée à la dépression (a fortiori dans le cadre d'une forme anxieuse), d'un S.E.S. activé par le stimulus sexuel, ne résistera pas longtemps au passage à l'acte sexuel.

Figure 4 : Modèle de Bancroft : conceptualisation de l' inhibition et de l'excitation sexuelle chez l'homme – chez un homme déprimé / anxieux en situation de prise de risque



V. Synthèse et discussion

Les travaux menés ces dix dernières années sur les relations entre état dépressif et sexualité masculine ont permis de faire émerger des notions nouvelles, parfois surprenantes, et ouvrent un champ de recherche passionnant.

En 1993, Nofzinger met en lumière l'importance des représentations cognitives de la sexualité...chez l'homme, prouvant d'une part que la gente masculine associe une activité mentale à son activité sexuelle (!), montrant, plus sérieusement, que l'intérêt sexuel des hommes déprimés peut augmenter. L'absence de corrélation entre intensité des symptômes dépressifs et troubles sexuels évoque l'existence de profils de patients différents, les uns ayant une perte d'intérêt sexuel, les autres un accroissement de celui-ci. Données confirmées quelques années plus tard par l'équipe de Angst. L'étude Kennedy a également a également alimenté l'idée d'une complexité des relations entre dépression et sexualité, sans parvenir toutefois à déterminer des profils de personnalité pré-morbide sensibles à une variation de l'intérêt sexuel, dans un sens ou dans l'autre.

Incontestablement, les travaux de Bancroft s'inscrivent dans la lignée de ces études, et font avancer à grands pas les connaissances sur les troubles de l'humeur et la sexualité masculine. Leur particularité essentielle est de proposer des études parallèles, en fonction de l'orientation sexuelle. Cette démarche n'est pas si commune en sexologie, et montre l'intérêt de ce type de ciblage. Elle permet ainsi de faire émerger les points de divergence entre ces deux sexualités. Mais l'étude menée chez les hommes homosexuels apporte aussi un éclairage tout à fait pertinent sur la sexualité masculine en général, hétérosexuelle ou homosexuelle.

Les principaux enseignements de ces études peuvent être résumés ainsi : la dépression entretient des relations complexes avec la sexualité chez l'homme, et peut s'accompagner d'une augmentation ou, plus fréquemment, d'une diminution de l'intérêt sexuel. Les hommes hétérosexuels présentant une augmentation de l'intérêt sexuel sont souvent plus jeunes et présentent des dépressions récurrentes, mais ces données ne sont pas pertinentes chez l'homme homosexuel. L'augmentation de l'intérêt sexuel est plus fréquente chez l'homme homosexuel. Le comportement sexuel recherché en cas d'intérêt sexuel accru est une relation avec partenaire, quelle que soit l'orientation sexuelle, alors que la masturbation sera volontiers pratiquée en cas d'anxiété marquée.

Enfin, l'ensemble de ces données est compatible avec un modèle de la réponse sexuelle masculine comportant un système inhibiteur et un système excitateur, ainsi qu'un transfert possible de l'excitation générale dans le domaine sexuel. Notons enfin que, dans la population homosexuelle, la dépression peut avoir des conséquences très différentes sur la prise de risque, une partie de la population s'exposant davantage au risque infectieux, une autre partie renforçant ses comportements de protection.

Ces données inspirent bien évidemment la volonté d'aller plus loin dans la connaissance des relations entre humeur et sexualité : tout d'abord, l'hypothèse de Bancroft sur le rôle essentiel joué par le contexte thymique d'apprentissage de la sexualité semble mériter une étude.

En effet, l'entrée dans la sexualité des hommes homosexuels se situant rarement dans un climat euthymique, ce paramètre pourrait expliquer la « réactivation » de l'intérêt sexuel plus souvent relevée chez l'homme homosexuel déprimé que chez l'homme hétérosexuel déprimé ; comparer l'entrée en sexualité des hommes homosexuels et hétérosexuels présentant une augmentation de l'intérêt sexuel en cas de dépression pourrait confirmer ou infirmer cette hypothèse.

D'autre part, le rôle joué par la personnalité pré-morbide reste flou et l'étude Kennedy, peu informative sur le sujet, n'a guère été enrichie par les travaux de Bancroft. Des travaux de recherche sur ce thème seraient contributifs. Enfin, l'étude de ces données chez la femme serait certainement passionnante, en intégrant le paramètre d'orientation sexuelle comme Bancroft l'a fait chez l'homme. Au total, de multiples pistes de recherches, qui remettent en cause la croyance « dépression = extinction de la sexualité »...

VI. Conclusion

Bien avant les travaux menés sur la sexualité chez l'homme déprimé, Willy Pasini a développé les différentes fonctions de la sexualité, outre celle de plaisir et de reproduction : par exemple, ses vertus anti-dépressives ou anxiolytiques. Les travaux de Bancroft évoquent irrésistiblement ces notions, et l'on peut se demander si l'homme rapportant un accroissement de son intérêt sexuel ou de son activité sexuelle cherche à se soigner, à sa manière. Les entretiens individuels mentionnés dans les études vont dans ce sens, les sujets décrivant un bénéfice thymique ou anxiolytique immédiat, mais de courte durée, les incitant à répéter leur comportement.

Cependant, cette fonction euphorisante de la sexualité ne peut être expliquée par le simple apaisement « biologique » lié à l'éjaculation, les hommes préférant une relation avec partenaire à la masturbation en cas de dépression. De même, comment comprendre que les hommes rapportant un accroissement de l'intérêt sexuel présentent un pronostic plus sombre de leur dépression, comme l'a montré Nofzinger ? La fonction anti-dépressive du sexe entretiendrait-elle, au long cours, leur trouble thymique ? De plus, comment expliquer que certains hommes se réfugient dans ce « sexe-médicament » alors que d'autres hommes vont se détourner de la sexualité en cas de dépression ? Sans doute cette diversité des profils masculins en cas de dépression est-elle la question la plus intéressante à étudier. Diversité liée à l'age, au profil de la maladie, peut-être à la personnalité pré-morbide, et de manière certaine, comme l'a montré Bancroft, à l'orientation sexuelle.

Le modèle proposé par Bancroft suggère des facteurs de variation inter-individuels tels le fonctionnement des systèmes inhibiteur et excitateur de la sexualité. De même, la faculté de transformer une « excitation générale » (general arousal) en excitation sexuelle (sexual arousal) conditionnera les réactions de l'homme souffrant d'un trouble thymique.

Enfin, une question fondamentale sur le désir et l'excitation sexuels de l'homme normothymique émerge à la lecture de ces travaux : quelle est l'humeur d'un homme « tout-venant » en situation d'intérêt sexuel ?

L'excitation sexuelle est-elle la conséquence d'une variation physiologique de l'humeur, et cette variation s'effectue-t-elle dans le même sens chez tous les hommes ? Peut-être la « petite mort » n'est-elle, chez certains hommes, que la suite logique d'une « petite tristesse » à l'origine du désir...

VII. Bibliographie

- (1) Classification du DSM-IV. « Mini DSM-IV ». Critères diagnostiques. Traduction par l'équipe de JD Guelfi. Editions Masson, 2002.
- (2) Beck AT. *Depression : clinical, experimental and theoretical aspects.* London, Staples Press.
- (3) Cassidy WL, Flanagan NB, Spellman M et coll. *Clinical observations in manic-depressive disease : a quantitative study of one hundred manic-depressive patients and fifty medically sick controls.* J Am Med Assoc, 1957. 164 : 1535-1546.
- (4) Masters WH and Johnson VE. Human Sexual Inadequacy. 1970
- (5) Schreiner-Engel P, Schiavi RC. *Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. Journal of Nervous and Mental Disease*, 1986. 174: 646-651.
- (6) Baldwin DS. *Depression and sexual function*. J Psychopharmacology, 1996.10: 30-34.
- (7) Howell JR, Reynolds CF, Thase ME et coll. *Assessment of sexual function interest and activity in depressed men.* J Affect Dis, 1987. 13: 61-66.
- (8) Nofzinger EA, Thase ME, Reynolds CF et coll. Sexual function in depressed men. Assessment by self-report, behavorial and nocturnal penile tumescence measures before and after treatment with cognitive behavior therapy. Arch Gen Psychiatry, 1993. 50: 24-30.

- (9) Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS et coll. *Sexual dysfunction before anti-depressant therapy in major depression*. Journal of affective disorders, 1999. 56: 201-208.
- (10) Casper RC, Redmond JE, Katz MM et coll. Somatic symptoms in primary affective disorder: presence and relationship to the classification of depression. Arch Gen Psychiatry, 1985. 42: 1098-1104.
- (11) Mitchell WB et coll. Effects of positive and negative mood on sexual arousal in sexually functional males. Archives of Sexual Behavior, 1998. 27: 197-207.
- (12) Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. International Clinical Psychopharmacology, 1998. 13: S1-S4.
- (13) Araujo AB, Durante R, Feldman HA et coll. *The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction : cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study.* Psychosomatic Medicine, 1998. 60 : 458-465.
- (14) Shabsigh R et coll. *Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction*. Urology, 1998. 52 : 848-852.
- (15) Bancroft J, Janssen E, Strong D et coll. *The relation between mood and sexu- ality in heterosexual men.* Archives of sexual behavior, 2003. 32 : 217-230.
- (16) Bancroft J, Janssen E, Strong D et coll. *The relation between mood and sexu- ality in gay men.* Archives of sexual behavior, 2003. 32 : 231-242.
- (17) Canin L, Dolcini MM, Adler NE. *Barriers to and facilitators of HIV-STD behavior change : intrapersonal and relationship-based factors.* Review of general psychology, 1999. 3: 338-371.
- (18) Crepaz N, Marks G. Are negative affective states associated with HIV sexual

- risk behaviors? A meta-analytic review. Health Psychology, 2001. 20: 291-299.
- (19) Schwarz N. Feelings as information: informational and motivational functions of affective states. In E. T. Higgins and R. M. Sorrentino (Eds). Handbook of motivation and cognition: foundations of social behavior (Vol. 2, 527-561). New-York. Guilford Press.
- (20) Bancroft J, Janssen E, Strong D et coll. Sexual risk-taking in gay men: the relevance of sexual arousability, mood and sensation seeking. Archives of sexual behavior, 2003. 32: 555-572.
- (21) Bancroft J. Central inhibition of sexual response in the male: a theoretical perspective. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 1999. 23: 763-784.

RÉSUMÉ

Les relations entretenues entre trouble de l'humeur et sexualité masculine ont longtemps été considérées comme simples et univoques, la dépression entraînant chez l'homme une absence de désir et d'excitation, des difficultés érectiles, et, finalement, un appauvrissement de la sexualité.

Dans les années 90 ont émergé des travaux remettant en cause cette vision, et identifiant une sous-population d'hommes présentant un intérêt sexuel accru ; tandis que des études démontraient les liens entre dysfonction érectile et dépression, d'autres témoignaient de la complexité des relations potentielles entre dépression et sexualité chez l'homme.

La publication des travaux de Bancroft en 2003 fait avancer nos connaissances dans ce domaine, confirmant la diversité des profils sexuels masculins dans le cadre d'un trouble de l'humeur, distinguant le rôle joué par la dépression et par l'anxiété, identifiant des facteurs favorisant l'augmentation de l'intérêt sexuel dans le cadre d'une dépression : âge, type de dépression, et, surtout, orientation sexuelle. La conceptualisation de la sexualité masculine par un contrôle dual de la réponse génitale, à la fois excitateur et inhibiteur, et par la transformation possible d'une excitation générale en excitation sexuelle, est compatible avec ces résultats, et souligne toute l'ambiguïté de la « prise de risque sexuel » chez l'homme en dépression dont l'intérêt sexuel est accru.

L'ensemble de ces données ouvre des perspectives d'études sur l'humeur et la sexualité, portant notamment sur le « climat thymique » de découverte de la sexualité chez les hommes hétérosexuels et homosexuels.

MOTS CLÉS:

Sexualité – humeur - dépression – hétérosexualité - homosexualité –

Bancroft – contrôle dual

RÉSUMÉ

La sexualité des hommes homosexuels et ses relations avec l'état thymique

constituent un champ d'investigations peu défriché à ce jour. La publication des

travaux de Bancroft en 2003 a fait avancer nos connaissances dans ce domaine, soulignant

le rôle « stimulant » parfois joué par la dépression et/ou par l'anxiété sur la vie sexuelle des

hommes homosexuels. L'accent était mis, en conclusion de ces études, sur le rôle joué

probablement par le « climat thymique » de découverte d'une orientation homosexuelle par

l'individu.

Afin de mieux connaître cette dernière dimension, un questionnaire a été établi et une

enquête a été menée sur une population de 190 hommes homosexuels. Les

résultats de ce travail, original en France, confirment les représentations pressenties,

8 personnes interrogées sur 10 témoignant par exemple d'une anxiété et/ou d'une tristesse

associée à cette prise de conscience. La singularité de cette étape et la charge

émotionnelle qui lui est associée nous conduisent à proposer le concept de coming-in,

défini par le moment théorique de prise de conscience d'une orientation

homosexuelle et par le travail psychique réalisé par l'individu pour intérioriser cette

information et les affects qui lui sont associés.

La manière de vivre ce **coming-in**, variable d'une personne à l'autre, pourrait avoir des

conséquences sur les liens ultérieurs entretenus entre variations de l'humeur et sexualité ;

dans la perspective des idées de Bancroft, le *coming-in* pourrait notamment consolider ou

fragiliser la frontière entre « tension générale » et « tension sexuelle », et favoriser chez

certains la résolution d'une problématique non-sexuelle par un passage à l'acte sexuel.

L'exploration du *coming-in* chez un individu d'orientation homosexuelle, en souffrance

sexuelle ou générale, pourrait être favorisée par des outils dérivés du questionnaire

proposé, et s'inscrit dans une démarche de promotion globale de la Santé Sexuelle.

MOTS CLÉS:

Homosexualité - dépression - anxiété - questionnaire - enquête

Bancroft - « coming-in »

91