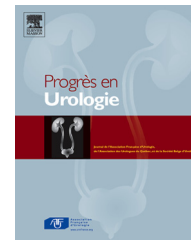




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Dysfonctions sexuelles masculines et homosexualité[☆]

Male sexual dysfunctions and homosexuality

P. Leuillet^a, F. Cour^b, S. Droupy^{c,*}

^a CHU d'Amiens, 17, rue de la République, 80000 Amiens, France

^b Service d'urologie et transplantation, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92151 Suresnes, France

^c Service d'urologie-andrologie, CHU Carémeau, place du Professeur-Robert-Debré, 30029 Nîmes cedex 9, France

Reçu le 23 février 2013 ; accepté le 25 février 2013

MOTS CLÉS

Dysfonctions sexuelles masculines ; Homosexualité ; Gays ; Bisexuels ; Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Résumé

Introduction. – L'homosexualité n'est pas simplement un comportement sexuel, mais un ensemble d'attitudes, d'affects, de préférences, de valeurs, de style de vie concernant l'individu.

Matériel et méthodes. – Une revue de la littérature a été réalisée sur la base de donnée PubMed et 38 articles ont été sélectionnés.

Résultats. – Parmi les difficultés sexuelles que l'on peut rencontrer chez les gays, on peut citer, en premier lieu, les troubles de l'érection et du désir. En ce qui concerne les troubles de l'éjaculation, l'éjaculation prématurée est moins fréquente que chez les hommes hétérosexuels, contrairement à l'éjaculation retardée et à l'anéjaculation, plus fréquentes. On peut voir également des symptomatologies douloureuses, en particulier une anodyspareunie. Si la prise en charge des troubles sexuels suit les règles habituelles, il est souhaitable que les soignants soient habitués à répondre ouvertement à la problématique sexuelle des homosexuels, en vue d'une prise en charge privilégiant l'efficacité à l'efficacité dans le respect de la vérité de la personne homosexuelle.

Conclusion. – L'homosexualité est la seule des conduites sexuelles « inhabituelles » qui concerne la pratique médicale quotidienne, du fait de sa fréquence. La prise en charge des dysfonctions sexuelles doit privilégier la « rencontre » dans une quête de sens devant tout symptôme sexuel et cela quelle que soit l'orientation sexuelle de l'individu.

  2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Cet article fait partie intégrante du rapport « médecine sexuelle » du 106^e congrès de l'Association française d'urologie rédigé sous la direction de Florence Cour, Stéphane Droupy et François Giuliano.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : stephane.droupy@chu-nimes.fr (S. Droupy).

KEYWORDS

Male sexual dysfunction;
Homosexuality;
Gay men;
Bisexuals;
Men who have sex with men (MSM)

Summary

Introduction. — The homosexuality, which expresses itself through a varied and complex behavior that those whom are shared by the heterosexual majority, is not that a simple sexual behavior, obvious or not, but a whole set of attitudes, affects, preferences, values, lifestyle which concern profoundly the individual, as the heterosexuality.

Material and methods. — A review of the literature using PubMed database has been performed to select 38 articles.

Results. — Among sexual difficulties met by the gays, erectile dysfunction and hypoactive sexual desire are the more frequent. Concerning the ejaculation disorders observed in the gay population, premature ejaculation is rather rare in comparison with heterosexual men; however delayed ejaculation or anejaculation are more frequent. Painful sexual disorders in particular anodyspareunia are also reported. Sexual disorder management must follows the classic rules but it is necessary to be aware how to approach the specific questions affecting the homosexual persons. Still the homosexual person has to find a competent therapist, "opened" to the sexual problem of the homosexuals, with the aim of a care privileging the efficiency to efficacy in the respect for the truth of the homosexual person.

Conclusion. — The homosexuality is the only one of the "unusual" sexual conducts to possibly concern the daily medical practice due to its prevalence. The management of sexual dysfunctions must privilege the "meeting" in a quest of sense in front of any sexual symptom, whatever the individual sexual orientation.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'homosexualité s'exprime sous forme de comportements tout aussi variés et complexes que ceux de l'hétérosexualité. La plupart des dictionnaires relient l'homosexualité à l'attrait envers un individu du même sexe, et le Petit Robert (2004-) définit l'homosexuel(le) comme « une personne qui éprouve une attirance plus ou moins exclusive pour les individus de son propre sexe ». Mais l'homosexualité n'est pas qu'un simple comportement sexuel, manifeste ou non, c'est tout un ensemble d'attitudes, d'affects, de préférences, de valeurs, de style de vie qui concernent l'individu, comme pour l'hétérosexualité et dont la justification se trouve dans les rapports affectifs, alors que les « conduites » homosexuelles trouvent le plus souvent leur justification dans les rapports d'excitation [1].

Dans son enquête auprès de 7000 hommes âgés de 13 à 97 ans, Hite en 1981 [2] soulignait que les mots « hétérosexuel » et « homosexuel » devraient être utilisés comme des adjectifs et non comme des substantifs et ne devraient l'être que pour décrire des activités et non des individus. Il n'est pas inutile de rappeler ici que l'opposition entre hétérosexualité et homosexualité, qui nous apparaît maintenant fondamentale, ne date que seulement du XIX^e siècle. Si Freud a, en son temps, ouvert la voie à une autre approche, en affirmant que l'homosexualité n'était pas une maladie, mais une fixation à un stade du développement affectif de l'enfant, c'est seulement en 1973 que l'association américaine de psychiatrie (APA) a retiré l'homosexualité de sa classification sur les troubles mentaux, et donc de son manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III), considérant que « l'homosexualité en elle-même n'implique aucune altération du jugement, de la stabilité, de la fiabilité ou de toute

autre capacité sociale ou professionnelle ». Par la suite, en 1983, l'OMS l'a également sortie de sa liste des perversions.

Par ailleurs, il y a souvent confusion entre orientation et identité sexuelle : l'orientation sexuelle d'un individu fait référence à l'attirance envers des personnes, selon qu'elles sont de l'autre sexe, du même sexe ou les deux. L'identité sexuelle, quant à elle, est une problématique de genre, donc de son appartenance au genre féminin ou masculin.

Si l'homosexualité est aujourd'hui vécue à visage plus découvert, du moins dans les grandes villes et dans certains milieux plus favorisés, ce n'est pas vrai pour tous. Pour nombre d'homosexuels, les réserves morales et les représentations péjoratives, liées à des conditionnements d'ordre social, sont encore vives et les mentalités ont moins évolué qu'on ne le croit. Par ailleurs, l'épidémie de Sida est venue freiner brutalement un courant de tolérance, amorcé dans les années 1970, qualifiant désormais l'homosexualité de « comportement à risque » et la plaçant sous haute surveillance sanitaire.

Avouée ou non, l'homosexualité est la plus fréquente des conduites sexuelles « inhabituelles » et il faut savoir aider le patient, par le biais de quelques questions simples, à se sentir plus à l'aise d'en parler avec son médecin s'il vient consulter pour trouble sexuel.

Prévalence de l'homosexualité

Les premières données scientifiques proviennent du rapport Kinsey [3], publié en aux États-Unis en 1948, données établies à partir de la biographie de 12 214 hommes. L'auteur remettait en cause l'opposition stricte entre hétéro- et homosexualité, puisqu'il y définissait une échelle continue de 0 à 6 pour évaluer les comportements et les fantasmes sexuels, le niveau 0 étant l'hétérosexualité exclusive, et le

niveau 6 l'homosexualité exclusive. Les résultats de cette enquête ont mis en évidence que 4% des hommes se définissaient comme exclusivement homosexuels, 10% se déclaraient plus ou moins homosexuels et 37% reconnaissaient avoir connu l'orgasme au moins une fois avec un partenaire masculin. En fait, ces résultats peuvent être minorés, dans la mesure où ils prennent en compte les relations entre adolescents, ce qui ramènerait le pourcentage de 25% à 32% [1].

La *Morton Hunt's survey of sexual behavior*, confirme ces données en rapportant en 1974 que 25% des hommes avaient des pratiques homosexuelles. Enfin, dans son rapport de 1972 sur les comportements sexuels, Simon [4] avançait un chiffre de 6% des hommes et 3% des femmes qui auraient eu des relations sexuelles avec une personne de leur sexe au cours de leur existence. Selon lui, ces chiffres étaient vraisemblablement inférieurs à la réalité, car ils se rapportaient uniquement à la pratique de rapports sexuels complets.

En 2008, Bajos et Bozon dans l'enquête sur la sexualité en France [5], ont rapporté des résultats similaires, avec 4,1% des hommes et 4% en des femmes ayant déclaré avoir eu au moins un partenaire de même sexe au cours de leur vie. Seuls 0,3% des hommes et des femmes déclarent n'avoir eu au cours de leur vie que des pratiques sexuelles avec des personnes du même sexe. Enfin, seulement 1% des femmes et 1,6% des hommes déclarent avoir eu des rapports sexuels avec une personne du même sexe au cours des 12 derniers mois.

En 1993, Billy et al. [6] dans leur étude du comportement sexuel chez les homosexuels et les hétérosexuels aux États-Unis, ont trouvé que chez les hommes gays et bisexuels, 24% ont eu un partenaire masculin dans leur vie, 45% ont eu deux à quatre partenaires, 13% ont eu cinq à neuf partenaires, et 18% ont eu dix ou plus partenaires sexuels, ce qui donne une moyenne de moins de six partenaires.

Dysfonctions sexuelles et homosexualité

Prévalence des dysfonctions sexuelles chez les homosexuels masculins

La sexualité des homosexuels ayant été peu étudiée, la plupart des informations sont empiriques. De la même façon, il n'existe que très peu d'études épidémiologiques sur la prévalence des dysfonctions sexuelles chez les gays, hommes ou femmes.

Bell et Weinberg [7], en 1978, avaient tenté d'évaluer la prévalence des troubles sexuels chez les hommes gays, par des questions simples, auprès d'un échantillon relativement important. Dans leur étude, le trouble sexuel le plus fréquent était un «échec de la réponse aux sollicitations sexuelles du partenaire» (81% des sujets blancs; 73% des sujets noirs). Le deuxième problème, en fréquence, était de «trouver un partenaire approprié» (76% chez les gays blancs; 63% chez les gays noirs). Plus de 50% des hommes interrogés disaient que ces problèmes avaient eu une influence sur leur vie sexuelle. Les autres difficultés, en ordre décroissant, étaient: «répondre aux demandes sexuelles du partenaire», «manque de fréquence des rapports», «difficulté à obtenir ou maintenir une érection stable», «manque d'orgasme du partenaire»,

«maintien affectif pour le partenaire», «rapidité du plaisir», «ne pas se sentir sexuellement adéquat» et «manque d'orgasme». Les données de l'échantillon de Bell et Weinberg ayant été rassemblées dans les années 1970, elles ne reflètent probablement ni la diversité de la population gay, ni l'impact qu'a eu l'arrivée du Sida sur les comportements des homosexuels [1].

Pour Coleman et al., dans un travail publié en 1997, les hommes et les femmes homosexuels n'auraient pas moins de difficultés sexuelles et de psychopathologie sous-jacente que les hétérosexuels [8]. Les causes potentielles de dysfonction sexuelle seraient soit en relation avec le fait de se sentir stigmatisé par la société, soit en lien avec une problématique personnelle, indépendamment de l'orientation sexuelle. Ces auteurs, par ailleurs, mettaient l'accent sur les effets délétères des craintes vis-à-vis du Sida et les difficultés relatives au respect des mesures de prévention (*safe sex*).

En 1986, dans son étude sur 140 hommes homosexuels, Gellman [9], en utilisant le modèle de Kaplan du dysfonctionnement sexuel, constate que 43% des répondants pourraient avoir un dysfonctionnement sexuel. Parmi les 60 hommes gays présentant un dysfonctionnement sexuel, il discerne deux groupes de répondants: 35% avec éprouvé problématique et 65% sans éprouvé problématique. Une analyse plus récente (2006) faite par Schiltz et al. [10], à partir de l'enquête VESPA (enquête sur 2932 séropositifs) fait apparaître un certain nombre de facteurs associés à l'abstinence et aux difficultés sexuelles: absence de relation stable au moment de l'enquête, environnement affectif fragilisé par les ruptures et les deuils, angoisse et baisse d'estime de soi, tout cela aggravé par un sentiment de dévalorisation sociale et de précarité matérielle.

Les différents types de dysfonctions sexuelles

Les troubles du désir sexuel

La baisse de désir sexuel est l'une des dysfonctions les plus fréquentes.

Avant l'apparition du Sida, dans les quelques études investiguant le désir était rapporté un désir sexuel hypoactif chez moins de 25% des hommes gays. Avec l'apparition du Sida, la perte d'intérêt sexuel est devenue beaucoup plus fréquente chez les porteurs du VIH [11–13]. Pour George et Behrendt [14], c'est même le trouble sexuel le plus souvent rencontré parmi leurs patients hommes gays, même si ceux-ci s'en plaignaient rarement de façon spontanée et que le problème était plus volontiers rapporté par le partenaire. Un grand nombre de facteurs, personnels et relationnels, peuvent en être la cause et Mc Whirter et Mattison [15] ont rapporté des cas de baisse de désir à la suite de graves problèmes de communication entre les partenaires.

Paff, en 1985 [16], dans son étude sur les hommes gays venant consulter pour des troubles sexuels, s'est basé sur les témoignages des thérapeutes ayant pris ces patients en charge. Si dépression et alcoolisme sont fréquemment retrouvés en cas de baisse de désir, d'autres éléments interviendraient, tels qu'une homophobie retournée contre soi-même, des doutes sur l'identité de genre, des conflits intrapsychiques, des attitudes négatives et un manque d'information sexuelle.

L'étude australienne de Mao et al. en 2009 [17] faite à partir d'un échantillon de 542 hommes gays, sexuellement actifs, dont 40% étaient VIH+, a rapporté une fréquence importante de troubles de l'érection et de baisse du désir, plus marquée chez séropositifs, chez qui l'on retrouve également des conduites d'évitement sexuel.

D'autres auteurs tels Adam et al. [18] en France, dans une étude portant sur l'influence de la dépression sur les désirs et l'activité sexuelle des homo- et bisexuels masculins au travers d'un échantillon de 1932 hommes utilisateurs du site de rencontre sur Internet Citégay sur 2004, font globalement le même constat qu'Adam et al. aux États-Unis [19]. Ces auteurs montrent que les désirs sexuels suscités par la dépression augmentent non seulement l'activité sexuelle des individus mais réduisent le contrôle qu'ils peuvent avoir sur leur sexualité. Certains gays, notamment ceux séropositifs pour le VIH, semblent utiliser l'activité sexuelle pour gérer la dépression ; cette forme de régulation du mal-être, alimentant malheureusement la prise de risque. Pour ces auteurs, aborder la question du bien-être et de la santé mentale des gays constituent donc un challenge pour la prévention du VIH.

L'aversion sexuelle

L'aversion sexuelle, définie comme une anxiété sévère ou un dégoût à la pensée d'une activité sexuelle, avec évitement de tout (ou presque tout) contact génital avec un partenaire, est, d'après Mc Whirter et Mattison [20] un problème peu fréquent chez les hommes gays, bien qu'elle ait été décrite par Masters et Johnson en 1979 [21]. Certaines réactions phobiques peuvent tout de même se manifester, en lien avec la peur d'être contaminé par le VIH, comme l'ont rapporté plusieurs études [22,23], dans un contexte d'anxiété importante vis-à-vis de contamination, en particulier si les partenaires sont séro-discordants. Quand elle existe, l'aversion sexuelle concerne essentiellement les pratiques anorectales. Pour Mc Whirter et Mattison [20], ce que confirme les enquêtes de Reece [24] et de Paff [16]. Pour George et Behredt [14], l'aversion sexuelle de certains gays serait relative à une colère inconsciente, résultant de difficultés non résolues avec le père.

Les troubles de l'érection

Ils sont rapportés par différents auteurs ayant enquêté sur la sexualité des hommes gays et bisexuels. Bancroft et al. [25] ont mis en évidence une prévalence plus élevée de dysfonction érectile (DE) et d'angoisse de performance chez les hommes gays en comparaison avec les hétérosexuels. Breyer et al. [26] rapportent quant à eux, sur un échantillon de 919 hommes, dont 13,2% de gays et 2,5% de bisexuels, un plus grand nombre de dysfonction érectile chez les gays et aucune différence significative en ce qui concerne le contrôle de l'éjaculation. Enfin, d'après Dupras et Morisset [11], ces DE sont essentiellement secondaires et situationnelles. Selon les chiffres rapportés par les différents auteurs, la prévalence de DE chez les homosexuels est élevée, mais difficile à estimer de façon précise : elle est de 25% dans l'étude de Mc Whirter et Mattison [15], de plus de 50% dans celle de Bell et Weinberg [7] et de 80% dans celle de Reece [24]. Des causes multiples ont été rapportées [16], en particulier l'anxiété de performance, vraisemblablement

relative aux tendances « macho » de certains gay, la consommation de drogues ou d'alcool étant considérée comme un facteur favorisant.

Plus récemment, Rosser et al. [27], rapportant les résultats d'une étude menée chez des patients vivants avec le VIH (PVVIH), a insisté sur l'importance des comorbidités organiques dans cette population souffrant de troubles de l'érection, souvent associés à des troubles du désir et à des tendances dépressives, voire à une véritable dépression. Pour ces auteurs, les troubles de l'érection entraîneraient des modifications du comportement sexuel, les faisant passer du rôle actif au rôle passif, ce qui aurait pour effet de perturber leur estime de soi. Chez les couples sérodifférents, la peur de la contamination serait au premier plan, ainsi que les aspects pratiques quant à l'utilisation du préservatif, en particulier quand la découverte est récente. S'y ajoute, en outre, la difficulté à annoncer sa séropositivité lors d'une rencontre et la peur du rejet éventuel.

Les troubles de l'éjaculation

Les homosexuels sont, globalement, moins sujets aux troubles éjaculatoires qu'aux difficultés d'érection ou de désir. Masters et Johnson [21] ont fait état d'une faible prévalence d'éjaculation prématurée parmi leurs patients gays. Si cela se conçoit aisément compréhensible dans les pratiques de *petting* (sexe sans pénétration : masturbations, caresses, sexe oral), très largement répandues chez les gays, le handicap lié à une éjaculation trop rapide est réel quand il s'agit de pénétrations rectales. D'autres auteurs ont d'ailleurs rapporté une prévalence allant de 16 à 25% [16,20,24,26]. L'éjaculation prématurée occasionnelle se situerait, quant à elle, entre 44% [27] et 50% [7]. Il est à noter que dans certaines études chez des hommes gays et VIH+ ou Sida+ l'éjaculation précoce (EP) était rarement mentionnée comme un problème sexuel [12,28].

L'éjaculation retardée (ER) et l'anéjaculation sont rapportées dans certaines études avec une prévalence de 5% à 48% [20,24]. Rosser et al. [27], ainsi que Bell et Weinberg [7], ont mis en évidence, quant à eux des chiffres de 39 et 50% d'ER et d'anéjaculation occasionnelles, mais de seulement 16 et 3% pour des troubles permanents.

En ce qui concerne les étiologies, certains auteurs ont fait état de facteurs physiques, comme la présence d'un seuil élevé ou un manque de stimulation adéquate [16].

Paff [16] a fait état d'un déni de sensation, d'une anxiété de performance, d'un manque de confiance dans les autres, de la présence d'une névrose obsessionnelle-compulsive ou d'une personnalité passive-agressive, en cas d'ER. Wilenski et Myers [29], pour leur part, rapportent une forte culpabilité et des troubles de l'image corporelle, datant de l'adolescence, George et Behredt [14] ont rapporté des fantasmes agressifs chez les hommes gays ayant une éjaculation retardée.

Certains auteurs ont rapporté des facteurs spécifiques à l'homosexualité : pour certains hommes, elle est vécue comme un mal, qui peut les amener à refuser leur identité homosexuelle et le fait de ne pas éjaculer leur permet de maintenir l'illusion d'être hétérosexuel [14,24].

Chez les PVVIH, l'ER est interprétée comme une peur de mettre son partenaire en danger, le sperme « infecté » cessant d'être source de vie pour devenir

source de mort. Dans les différentes études, de telles préoccupations étaient retrouvées qu'il y ait ou non des pratiques de *safe sex*. En effet, l'usage du préservatif ne suffit pas à réhabiliter la symbolique du sperme chez ces PVVIH. D'une façon plus générale, de nombreux auteurs mettent l'accent sur les difficultés relatives à la séro-discordance [22,30,31].

Les douleurs

L'évaluation de la douleur lors des rapports sexuels a été principalement étudiée chez les hétérosexuels. Les dyspareunies masculines sont représentées par l'érection douloureuse, et l'éjaculation douloureuse et la dyspareunie anorectale.

Rosser et al. [27], en 1997, sont les premiers auteurs à avoir évalué la prévalence de la douleur lors de la pénétration anale chez les hommes gays. Dans leur étude, ils ont distingué deux catégories d'homosexuels : ceux qui pratiquaient la sexualité anale passive et ceux qui pratiquaient la sexualité anale active. Dans le premier groupe, ils ont rapporté que 16% des sujets « passifs » avaient (ou avaient eu au moins une fois dans leur vie) une douleur lors de la pénétration anale, ce qui leur posait problème. Dans le deuxième groupe, ils rapportaient respectivement 3% de sexualité anale active douloureuse leur posant un problème actuellement et 14% de sujets ayant eu ce problème occasionnellement dans leur vie.

Dans une deuxième étude en 1998, [27] ces mêmes auteurs ont étudié plus précisément la pénétration anale dans un groupe de 277 hommes et rapporté les résultats suivants : douleurs graves, récurrentes et persistantes, trop intenses pour continuer l'acte chez 14%, rapports anaux faiblement douloureux chez 25%, douleur occasionnelle d'intensité faible à modérée chez 63%. Selon ces auteurs, les douleurs seraient essentiellement liées à un manque de lubrification et de préparation avant l'acte.

Damon et Rosser, qui ont fait une étude [32] sur 404 hommes ayant pratiqué le sexe anal passif, ont préconisé d'ajouter l'anodyspareunie dans les critères diagnostiques du DSM lors de sa révision puisqu'il n'inclut pour le moment que les dyspareunies féminines.

Sexualité compulsive et dépendance

Bonierbale [1] a évoqué la possibilité d'une sexualité compulsive (hypersexualité) ou d'une dépendance sexuelle, qui ne sont pas dans la classification du DSM-IV, chez les hommes gays et bisexuels, et leur impact délétère sur la prévention du Sida. Quadland [33] a défini le caractère compulsif de la sexualité comme un manque de contrôle du comportement sexuel ou une incapacité à réduire le nombre de partenaire, sans distinction entre addictions paraphiles et non paraphiles. Chez les hommes sexuellement compulsifs, il a mis en évidence une plus grande fréquence d'actes occasionnels dans des endroits publics et une combinaison alcool-drogues-sexe. De fait, peu d'études se sont intéressées à ce phénomène, pourtant fondamental à connaître, dans le cadre d'une meilleure politique de prévention.

Conséquences sur la sexualité homosexuelle de l'épidémie de contamination par le VIH

Schoreisz et Tignol [34] ont étudié les changements de comportements sexuels chez les homosexuels masculins depuis l'apparition du sida : ils varient entre pratiques sécuritaires et non sécuritaires, et vice-versa. Le « relâchement de vigilance gay » est prévisible en fonction de l'âge (adolescents et plus de 50 ans), du manque d'expérience, du faible nombre de partenaires antérieurs, du type de partenaire (ancien ou non). Le relâchement des mesures de protection repose en général sur des stratégies quant au choix du partenaire, mais des sentiments non contrôlés tels que l'excès d'optimisme, l'égoïsme, le désir sexuel, le sentiment amoureux peuvent les faire oublier. Il a été rapporté [18,19] récemment une baisse momentanée des mesures de prévention, voire de prise de risque inconsidérée chez les hommes gays et bisexuels qui pratiquent le *bare-backing* (rapports sexuels non protégés), considéré par la population gay, notamment chez les sujets VIH+, comme un moyen de lutter contre la dépression et la lassitude face à l'usage du préservatif.

EN PRATIQUE

Parmi les difficultés sexuelles rencontrées chez les gays, les troubles de l'érection, isolés ou associés à une baisse du désir sexuel sont les plus fréquents. Si l'éjaculation prématurée est plus rarement retrouvée que chez les hétérosexuels, l'éjaculation retardée et l'anéjaculation représentent les troubles de l'éjaculation les plus fréquents chez les gays. Il existe également des douleurs sexuelles, sous forme de dyspareunie anorectale, ainsi que des addictions sexuelles pouvant donner lieu à des conduites à risque. Que l'homosexualité soit assumée et annoncée ou, qu'à l'inverse, elle soit inavouable et masquée, la prise en charge des dysfonctions sexuelles chez les homosexuels est identique à celle des hétérosexuels. Cependant, certaines spécificités quant à la prise en charge des personnes homosexuelles sont à connaître, en particulier il faut se montrer capable d'aborder les différentes pratiques sexuelles qui les concernent comme l'ont souligné de nombreux auteurs, alors que le DSM-IV n'a pas inclus ces spécificités [7]. Certains auteurs ont, à ce titre, préconisé l'utilisation d'une échelle d'évaluation, en cas de dysfonction érectile, adaptée aux hommes gays, bisexuels, en y incluant notamment des données sur la sexualité anorectale. Aller consulter un professionnel de santé pour des questions diverses liées à son homosexualité peut être une « épreuve » jugée traumatisante. Il faut trouver un thérapeute compétent et « ouvert » à la problématique sexuelle des homosexuels, travaillant en réseau multidisciplinaire, notamment avec un psycho-sexologue [12]. Une consultation réussie relève tout autant des qualités « humaines » du praticien, que de ses connaissances techniques.

À propos de la prise en charge des patients VIH+, pour Troussier et Tourette-Turgis [35], la vie affective et sexuelle des patients n'aurait sans doute pas été prise en compte de la même façon sans l'augmentation d'infections sexuellement transmissibles et du nombre de personnes séropositives au VIH. Ce n'est d'ailleurs qu'après l'arrivée des thérapies antirétrovirales, que les questions concernant la sexualité des patients ont été intégrées aux recherches en sciences sociales et comportementales et que l'on a commencé à s'intéresser à la prise en charge des dysfonctions sexuelles des hommes VIH+. Selon Rochet [12], la prescription des traitements d'aide à l'érection est complexe chez le PVVIH. En effet, les IPDE5 sont souvent contre-indiqués ou à prendre avec précaution, avec un suivi spécifique notamment sur leur tolérance. Les injections intra-caverneuses aident particulièrement ces patients et sont peut être pour le moment sous-utilisées. Par ailleurs, selon lui, le traitement d'aide à l'érection pose des problèmes éthiques : ici le médecin pourvoyeur d'érection chez son patient pourrait être aussi mis dans une position de pourvoyeur de transmission si le patient utilisait mal le produit sans protection ou en multipliant les partenaires. Drumright et al. [36], Nettles et al. [37] ont rapporté que l'aide médicalisée à l'érection était un facteur d'augmentation de la pratique du sexe anal réceptif pouvant ainsi représenter une conduite à risque, en matière de contamination [37] et ce d'autant plus si les protagonistes utilisent certaines drogues (nitrites et amphétamine) [11].

Au total, pour Rochet [12], les comportements de prévention liés à la sexualité chez les PVVIH ne peuvent se concevoir sans une approche érotique, affective, corporelle et relationnelle, associée à la prise en charge médicale ce qui atténue les effets de clivage retrouvés dans les passages à l'acte amenant les prises de risque à l'origine des contaminations VIH.

Conclusion

Les recherches sur la sexualité homosexuelle restent à faire avec une méthodologie qui soit adaptée, tant dans l'évaluation que dans les principes thérapeutiques.

En pratique quotidienne, il faut savoir penser à l'homosexualité du fait de sa fréquence et de son implication directe dans l'histoire de nombreuses dysfonctions sexuelles intra- ou interpersonnelles, conjugales et/ou familiales que l'homosexualité soit connue, annoncée ou à l'inverse, masquée, inavouable.

Parmi les difficultés sexuelles rencontrées chez les hommes gays et bisexuels :

- il faut citer en premier lieu du fait de leur fréquence les troubles de l'érection isolés ou plus volontiers associés à des troubles du désir qui peuvent aussi être isolés. L'éjaculation prématurée est plutôt rare en comparaison avec les hommes hétérosexuels. En revanche, l'anéjaculation et l'éjaculation retardé sont plus

fréquentes. On peut également rencontrer des désordres sexuels douloureux notamment l'anodyspareunie ;

- l'utilisation d'une échelle d'évaluation notamment en cas de dysfonction érectile, adaptée aux hommes gays et bisexuels incluant des données sur la sexualité anale est une évolution souhaitable. L'aversion sexuelle et la compulsivité sexuelle sont peu fréquemment observées. La dépendance sexuelle peut poser de réels problèmes de prévention.

La prise en charge ne se distingue pas des procédures habituelles mais il faut savoir aborder les questions spécifiques affectant les personnes homosexuelles, d'où l'intérêt d'une équipe multidisciplinaire intégrant si possible une consultation avec un psycho-sexologue.

Au total, c'est rappeler que devant tout symptôme sexuel, il faut privilégier l'efficacité à l'efficacé dans le respect de la vérité de la personne. C'est mettre en avant la « rencontre » dans une quête de sens et cela quel que soit l'orientation sexuelle de l'individu.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Bonierbale M. Définir l'homosexualité, manuel de sexologie. Paris: Elsevier Masson; 2007. p. 194–218.
- [2] Hite S. Le rapport Hite sur les hommes (1981). Paris: Éditions Robert Laffont; 1983.
- [3] Kinsey AC. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: Saunders; 1948.
- [4] Simon P. Rapport sur le comportement sexuel des Français. Paris: Éditions Pierre Charron et René Julliard; 1972.
- [5] Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé. Paris: Édition la Découverte; 2008.
- [6] Billy JO, Grady WR, Klepinger DH. The sexual behavior of men in the United States. *Fam Plan Perspect* 1993;25–32:52–60.
- [7] Bell AR, Weinberg M. Homosexualities: a study of diversity among men and women. New York: Simon and Schuster; 1978.
- [8] Coleman E, De Rosser BR, Strapko N. Sexual and intimacy dysfunction among homosexual men and women. *Psychiatr Med* 1992;10(2):257–71.
- [9] Gellman BD. Sexual function and dysfunction in homosexual males. *Diss Abstr Int* 1986;46:3215.
- [10] Schiltz MA, Bouhnik AD, Preau M, Spire B, Groupe d'étude ANRS-EN12-VESPA. La sexualité des personnes atteintes par le VIH: l'impact d'une infection sexuellement transmissible. *Sexologies* 2006;15(3):157–64.
- [11] Dupras A, Morisset R. Sexual dysfunction among HIV-positive gay males. *Sex Marital Ther* 1993;8:37–46.
- [12] Rochet S. Consultation sexologique chez les patients VIH+ ou co-infectés VHB-VHC : une expérience lyonnaise, dès 1999. *Sexologies* 2006;15(3):210–9.
- [13] Tindall B, Forde S, Goldstein D, Ross MW, Cooper DA. Sexual dysfunction in advanced HIV disease. *AIDS Care* 1994;6:105–7.
- [14] George KD, Behrendt AE. Therapy for male couples experiencing relationship problems and sexual problems. *J Homosex* 1987;14(1–2):77–88.
- [15] Mc Writher DP, Mattison AM. The treatment of sexual dysfunction in gay male couples. *J Sex Marital Ther* 1978;4:213–8.

- [16] Paff BA. Sexual dysfunction in gay men requesting treatment. *J Sex Marital Ther* 1985;11:3–18.
- [17] Mao L, Newman CE, Kidd MR, Saltman DC, Rogres GD, Kip-pas SC. Self-reported sexual difficulties and their association with depression and other factors among gay men attending high HIV-caseload general practices in Australia. *J Sex Med* 2009;6:1378–85.
- [18] Adam PCG, de Wit JBF, Alexandre A, Paolucci C, Troussier T. Les effets de la dépression sur l'activité sexuelle et la prise de risques parmi les gays français utilisateurs de sites de rencontre sur Internet. *Sexologies* 2006;15(3):176–82.
- [19] Adam BD, Husbands W, Murray J, Maxwell J. AIDS optimism, condom fatigue, or self-esteem? Explaining unsafe among gay and bisexual men. *J Sex Res* 2005;42(3):238–48.
- [20] Mc Writher DP, Mattison AM. The treatment of sexual dysfunction in homosexual male couples. In: Leiblum SR, Pervin LA, editors. *Principles and practice of sex therapy*. 4 New York: Guilford Press; 1980. p. 321–45.
- [21] Masters WH, Johnson VE. *Les perspectives sexuelles* (1979). Paris: MEDSI; 1980.
- [22] Bahr J, Weeks G. Sexual functioning in a nonclinical sample of male couple. *Am J Fam Ther* 1989;17: 110–27.
- [23] Gloor R. Homosexualité : expériences de psychiatre installé. *Med Hyg* 2002;2385:653–4.
- [24] Reece R. Special issues in the etiologies and treatments of sexual problems among gay men. *J Homosex* 1988;15(1–2):43–57.
- [25] Bancroft J, Carnes L, Janssen E, Goodrich D, Scott Long J. Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. *Arch Sex Behav* 2005;34(3):285–97.
- [26] Breyer B, Smith J, Eisenberg M, Ando K, Rowen T, Shindel A. The impact of sexual orientation on sexuality and sexual practices in North American medical students. *J Sex Med* 2010;7(7):2391–400.
- [27] Rosser BRS, Short BJ, Thurmes PJ, Coleman E. Anodyspareunia, the unacknowledged sexual dysfunction: a validation study of painful receptive anal intercourse and its psychosexual concomitants in homosexual men. *J Sex Marital Ther* 1998;24(4):281–92.
- [28] Jones M, Klimes I, Catalan J. Psychosexual problems in people with HIV infection: controlled study of gay men and men with haemophilia. *AIDS Care* 1994;6:587–93.
- [29] Wilenski M, Myers MF. Retarded ejaculation in homosexual patients: a report of nine cases. *J Sex Res* 1987;23:85–91.
- [30] Carballo-Dieguez A, Remien R. Sex therapy with male couples of mixed-(serodiscordant-) status. In: Kleinplatz P, editor. *New direction in sex therapy: innovation, alternatives*. New York: Brunner-Routledge; 2001. p. 302–21.
- [31] Psychotherapy with gay male couples: loving of the time of AIDS. Forstein M, Cadwell S, Burnham R, editors. *Therapists on the front line: psychotherapy with gay men in the age of AIDS*. Washington: Am Psychol Assoc; 1994. p. 293–315.
- [32] Damon W, Rosser BRS. Anodyspareunia in men who have sex with men: prevalence, predictors, consequences and the development of DSM diagnostic criteria. *J Sex Marital Ther* 2005;31:129–41.
- [33] Quadland MC. Compulsive sexual behavior: definition of a problem and an approach to treatment. *J Sex Marital Ther* 1985;11:121–32.
- [34] Schoreisz X, Tignol J. Modifications des comportements sexuels chez les homosexuels masculins depuis l'apparition du sida. *Sexologies* 1998;7(28):29–32.
- [35] Troussier T, Tourette-Turgis C. La qualité de la vie sexuelle et affective favorise la prévention chez les personnes vivant avec le VIH. *Sexologies* 2006;15(3):165–75.
- [36] Drumright L, Gorbach P, Little S, Strathdee S. Associations between substance use, erectile dysfunction medication and recent HIV infection among men who have sex with men. *AIDS Behav* 2009;13:328–36.
- [37] Nettles CD, Benotsch EG, Uban KA. Sexual risk behaviors among men who have sex with men using erectile dysfunction medications. *AIDS Patient Care STDS* 2009;23(12): 1017–23.