

# Du plaisir à l'addiction

Comment accompagner une personne dépendante  
à des comportements sexuels

## TABLE DES MATIERES

<b>Introduction</b> .....	3
<b>I. Dépendance à des comportements sexuels, la théorie</b> .....	4
<b>A. Qu'est-ce que l'addiction à des comportements sexuels ?</b> .....	4
<b>B. Historique de la dépendance à des conduites sexuelles</b> .....	7
<b>C. Les reconnaissances actuelles de l'addiction sexuelle</b> .....	8
<b>D. Les différentes addictions et leurs problématiques spécifiques</b> .....	9
a. <b>L'auto-érotisme</b> .....	9
b. <b>La cybersexualité</b> .....	9
c. <b>La sexualité tarifée</b> .....	13
d. <b>La drague compulsive, impliquant la recherche constante de partenaires</b> .....	13
e. <b>La fréquentation de clubs</b> .....	14
f. <b>Le Slam et le chemex</b> .....	14
g. <b>D'autres addictions sexuelles</b> .....	15
h. <b>Des Problématiques communes à ces comportements sexuels</b> .....	16
<b>E. Installation d'une dépendance et le cycle addictif</b> .....	17
a. <b>Comment la dépendance s'installe-t-elle ?</b> .....	17
b. <b>Le cycle addictif</b> .....	20
c. <b>Les pensées</b> .....	24
d. <b>La « Rechute »</b> .....	25
<b>F. Les aspects neuro-biologiques</b> .....	25
a. <b>Les hormones</b> .....	26
b. <b>Le cerveau</b> .....	26
c. <b>Comportement sexuel excessif en lien à des traitements et maladies</b> .....	27
<b>G. Facteurs de vulnérabilités</b> .....	27
a. <b>Les facteurs de vulnérabilité Individuels</b> .....	27
b. <b>Les facteurs de vulnérabilité sociétaux</b> .....	34
<b>H. Les comorbidités</b> .....	36
<b>I. Le couple et le ou la partenaire</b> .....	37
a. <b>La place du couple</b> .....	37
b. <b>La place du partenaire</b> .....	38
<b>II. Quel accompagnement ?</b> .....	39
<b>A. Les étapes dans la thérapie</b> .....	40

a.	La pré-contemplation .....	40
b.	La contemplation.....	41
c.	La préparation .....	41
d.	L'action.....	41
e.	Le maintien.....	42
f.	La « rechute » .....	42
<b>B.</b>	<b>La pré-contemplation / évaluations .....</b>	<b>43</b>
a.	Quel accompagnement ?.....	43
b.	Evaluation.....	44
<b>C.</b>	<b>La contemplation.....</b>	<b>46</b>
<b>D.</b>	<b>Préparation et psycho éducation .....</b>	<b>49</b>
a.	La psychoéducation .....	49
b.	Les objectifs du projet thérapeutique.....	51
c.	Les premiers petits pas proposés par le thérapeute .....	52
<b>E.</b>	<b>L'action.....</b>	<b>55</b>
a.	La Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC).....	56
b.	La relaxation et la pleine conscience.....	64
c.	La psychothérapie.....	66
<b>F.</b>	<b>Maintien et « rechute » .....</b>	<b>70</b>
<b>G.</b>	<b>Le couple .....</b>	<b>70</b>
a.	La thérapie du-de la conjoint(e).....	71
b.	La thérapie de couple.....	71
	<b>Conclusion .....</b>	<b>72</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>74</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>77</b>
	<b>Annexe 1 – Les abréviations .....</b>	<b>77</b>
	<b>Annexe 2 - Les échelles de dépistage .....</b>	<b>78</b>
	<b>Annexe 2 - Cycle addictif comportemental et restructuration cognitive.....</b>	<b>88</b>

## Introduction

Le plaisir, le sexe, la sexualité, sont des pratiques ordinaires. Paul Éluard disait « la préoccupation sexuelle est à la base de toute l'activité de l'esprit ». Elle est donc un moteur psychique pour l'humain, mais peut également devenir un frein lorsqu'elle envahit tous les domaines importants de sa vie, qu'elle devient son unique but, qu'elle devient un besoin irréprensible, une dépendance.

Sexualité compulsive, addiction sexuelle, intoxication sexuelle, hypersexualité, comportement sexuel excessif Incontrôlable, néosexualité, sexualité addictive, être sex addict sont différents termes utilisés pour parler de l'addiction à des comportements sexuels.

Aborder ce sujet, c'est parler d'un fait qui existe, ce n'est absolument pas me positionner pour ou contre la pornographie, le libertinage, la prostitution, et encore moins pour donner une norme et une morale à la sexualité. En effet, il y a différentes façons de pratiquer la sexualité. Par contre, La sexualité devrait être respectueuse de soi, de l'autre, satisfaisante, voir épanouissante pour chacun.

C'est pour ces raisons, que je ne parlerai pas d'hypersexualité, car à mon sens, et selon d'autres auteurs, l'hypersexualité représente une augmentation quantitative d'un comportement sexuel en fréquence statistique par rapport à une norme sociétale, ou par rapport à l'autre dans un couple. Ce n'est pas un problème si c'est accepté ou partagé dans le couple. Les besoins sexuels sont différents en fonction de chaque personne. Il y a bien des gros mangeurs, et des petits mangeurs ! Tout le monde n'a pas le même appétit ! Cela peut tout de même devenir problématique si cela engendre des problèmes dans le couple ou si c'est la porte d'entrée à l'addiction.

L'addiction n'est donc pas qualifiée par un nombre de rapports sexuels ou un temps imparti au visionnage de films X mais plutôt en fonction de différents facteurs, notamment de mal-être, c'est pourquoi, je commencerai ce mémoire par une définition et des explications. Je parlerai de l'addiction à des comportements sexuels légaux et je n'aborderai pas les addictions amoureuses. Je détaillerai les différents « objets » d'addiction et le cycle de l'addiction. Même si l'on retrouve régulièrement les mêmes comportements sexuels, l'addiction est différente pour chacun, elle n'occupe pas les mêmes fonctions, j'aborderai donc les différents facteurs de vulnérabilité, et l'aspect biologique de l'addiction. Dans une seconde partie, je vous proposerai des pistes d'accompagnement. Nous verrons donc les différents stades par lesquels passent une grande partie des personnes présentant une addiction et l'accompagnement adéquat en fonction du moment.

## **I. Dépendance à des comportements sexuels, la théorie**

D'après des études américaines et australiennes l'addiction sexuelle concernerait 3 à 6 % de la population générale (Kuzma, 2008<sup>1</sup>). Elle peut toucher toutes les tranches d'âge et toutes les catégories sociaux-professionnelles. Une autre recherche a été menée auprès de 1837 étudiants universitaires en 2013. 2,0 % seraient addicts (3,0 % pour les hommes, 1,2 % pour les femmes) (Odlaug, 2013<sup>2</sup>). Une étude en ligne française (Cordonnier, 2006<sup>3</sup>) a été réalisée auprès de 7588 internautes, 10 % se considéraient accros et consultaient des sites à caractère sexuel au moins 11 heures par semaine.

Afin d'éclairer sur le sujet, je commencerai par donner une définition de l'addiction à des comportements sexuels. Je vous présenterai ensuite un bref historique et comment c'est reconnu actuellement. Nous verrons les différentes addictions sexuelles, leurs problématiques spécifiques puis l'installation d'une dépendance et le cycle addictif. J'aborderai les aspects biologiques, les facteurs de vulnérabilités, sans oublier la souffrance du/de la partenaire.

### **A. Qu'est-ce que l'addiction à des comportements sexuels ?**

L'ensemble des addictions sans drogue font toujours l'objet de polémiques. La frontière entre le « normal » et le « pathologique » n'est pas évidente à définir. Pourtant, à mon sens, ce n'est pas la quantité qui fait le pathologique, ni seulement la souffrance, c'est un ensemble de données.

La définition sur laquelle je me base est celle de Goodman (1990) : « *un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager*

---

<sup>1</sup> Kuzma JM., 2008. « Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior », *Psychiatr Clin North Am.*, 31(4), 603-611 In Lagadec M. (2016). L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ? *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p11-27, p14

<sup>2</sup> Odlaug BL. et al 2013. « Compulsive sexual behavior in young adults », *annals of Clinical Psychiatry*, 25(3), 193-200 In Lagadec M. (2016). L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ? *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p11-27, p14

<sup>3</sup> Cordonnier V., « Cybersexe et addiction : quelles thérapies ? », *Sexologies*, 2006, 15 (3), p202-209. In Poudat FX., Lagadec M. 2017. *Sexe sans contrôle*. Paris : Odile Jacob, p41

*un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives »<sup>4</sup>.*

Définition du « trouble Addictif » :

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
  1. Préoccupations fréquentes au sujet du comportement ou de sa préparation.
  2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
  3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
  4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
  5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
  6. Activités sociales, professionnelles ou créatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
  7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
  8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
  9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois et se sont répétés pendant une période plus longue.<sup>5</sup> »

FX Poudat propose d'autres caractéristiques des compulsions sexuelles :

- « *Il y a une relation de dépendance passive ou active entre soi et l'objet d'addiction.* <sup>6</sup> »  
par exemple, la personne se dit « j'ai le droit, ça m'appartient », « j'en ai besoin pour vivre »

---

<sup>4</sup> Goodman A., « Addiction : definition and implication », Br. J. Addict, 1990, 85, 1403-1408, *In* Morel A., Couteron JP, Fouilland P. (sous la dir.) 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod, p68

<sup>5</sup> Morel A., Couteron JP, Fouilland P. (sous la dir.) 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod, p68 69

<sup>6</sup> Lopès P., Poudat FX Dir. 2013. Manuel de sexologie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, p214

- « *Il y a un besoin de contrôle de soi et de l'objet pour éviter de prendre des risques et de se laisser aller.*<sup>7</sup> » elle peut se dire : « je ne peux pas lâcher prise », « j'ai besoin de tout contrôler », « pour éviter d'être abandonnée, rejetée, je préfère ne pas m'attacher »...
- Il y a un fonctionnement en tout ou rien, les modulations ne sont pas possibles : « quand j'ai commencé, je suis obligé d'aller jusqu'au bout »

Quant à « l'objet » de l'addiction, la définition est controversée. Je rejoins le point de vue de Valeurs et Matysiak (2002, 2003<sup>8</sup>) qui indiquent que l'addiction sexuelle est à distinguer des paraphilies par le fait qu'elle n'implique pas une déviation ni dans le choix de l'objet, ni dans le mode de pratique sexuelle (fétichisme, voyeurisme, sadomasochisme, exhibitionnisme, travestisme, rapports sexuels non consentants, harcèlement sexuel, frotteurisme, rapports sexuels avec des mineurs). Je détaillerai les différents comportements sexuels dans une prochaine partie.

C'est le mal-être de la personne, comme un stress ou la pression au travail, qui peut la pousser à vouloir réaliser la séquence sexuelle (parfois, c'est un événement positif). Celle-ci peut être fantasmée ou agie, orientée vers elle-même ou vers autrui. Cela va lui permettre de se détendre. Malheureusement, lorsque l'addiction s'est installée, le fait d'être passé à l'acte va amener d'autre stress et souffrance. Cette souffrance pourra survenir pendant le passage à l'acte, et/ou après la fin de la séquence. Elle peut se traduire par des signes comme le mal-être, le stress, la panique, l'angoisse, la culpabilité, des tensions nerveuses, des douleurs physiques, d'une accélération du rythme cardiaque, de la fréquence respiratoire, des sueurs, de la nausée, une lutte interne, de l'insomnie, un sentiment dépressif, etc. Selon le Dr Karila<sup>9</sup>, se sont « des symptômes de manque non spécifique » et plus de 70 % des patients ayant une addiction sexuelle en ont lorsqu'ils ne consomment pas. Cette souffrance peut entraîner des conséquences socioprofessionnelles relationnelles dans le couple et avec les amis, ce qui va renforcer le trouble.

---

<sup>7</sup> Lopès P., Poudat FX Dir. 2013. Manuel de sexologie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, p215

<sup>8</sup> Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson

<sup>9</sup> Karila L. 2016. Votre Plaisir vous appartient, le guide de la sexualité 2.0. Saint Ouen : Flammarion, p165

La personne aura également des difficultés ou une impossibilité à contrôler ce comportement sexuel malgré son désir d'y résister. C'est une véritable lutte interne. La répétition va s'associer à la perte de contrôle et à l'incapacité à supporter le manque de la conduite sexuelle. Pour un certain nombre de personnes, il va falloir augmenter la fréquence du comportement addictif ou plus de « hard » afin de retrouver les effets de la première fois.

## **B. Historique de la dépendance à des conduites sexuelles**

Le terme « addiction » vient du latin ad-dicere qui signifie : « dire à », les esclaves étaient dits à leur maître. Leur statut représentait la dépendance et l'absence de liberté.

Selon C. Rozaire, au Moyen-âge, une personne qui ne peut rembourser sa dette était addictée. Ce qui signifie qu'elle avait une ordonnance d'un tribunal l'obligeant à payer son créancier par son travail. « *Par la suite, dans la langue anglaise dès le XIVème siècle, le terme addiction a pu désigner la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître, puis se rapprocher peu à peu du sens moderne, en désignant des passions nourries et moralement répréhensibles<sup>10</sup>* ».

Au XIXe siècle, on évoquait le complexe de Messaline pour parler de nymphomanie. Messaline une impératrice du XVIIIe siècle quittait « *la couche de son époux pour aller se prostituer dans les bas-fonds de la Rome antique<sup>11</sup>* ».

Plus récemment, en 1970 un membre des alcooliques anonymes aurait parlé de sexualité compulsive à Boston (Lagadec M. 2016<sup>12</sup>). Et ce n'est qu'en 1983, que le psychiatre américain P. Carnes définit l'addiction sexuelle comme un comportement pathologique à travers son ouvrage intitulé *Out of Shadows : Understanding Sexual Addiction*. Puis en 1990, les travaux de Goodman sur les addictions comportementales ont permis de conceptualiser des critères diagnostiques.

---

<sup>10</sup> Rozaire C., et al. « Qu'est-ce que l'addiction ? », *Archives de politique criminelle*, vol. 31, no. 1, 2009, p. 9-23, p3

<sup>11</sup> Castorio J.N., Le complexe de Messaline [En ligne] (page consultée le 24/03/2019) <https://www.levolcan.com/spectacles/le-complexe-de-messaline>

<sup>12</sup> Lagadec M. (2016). L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ? *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p12



Il semblerait qu'aux États-Unis, l'addiction sexuelle soit prise en charge depuis années 1980 au même titre que d'autres addictions, comme la drogue ou l'alcool (Dumonteix JB 2013<sup>13</sup>).

Nous pouvons noter que pendant de nombreuses années, la sexualité compulsive était évoquée de façon populaire seulement au féminin : « la nymphomanie », les hommes étaient des Don Juan, terme à connotation plus positive.

### **C. Les reconnaissances actuelles de l'addiction sexuelle**

Dans la Classification statistique internationale des maladies - CIM-10 – de 2018, on trouve dans le chapitre F 52 « dysfonctionnements sexuels, non dus à un trouble ou à une maladie organique » : le diagnostic d' « activité sexuelle excessive » (avec le code F 52.7), qui propose la nymphomanie (pour les femmes) et le satyriasis (pour les hommes).

Concernant le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), je me suis basée sur les recherches d'Estellon V<sup>14</sup>. Dans le DSM3 publié en 1987, la sexualité addictive était répertoriée dans la catégorie approximative de « troubles sexuels non spécifiés ». La définition donnée était la suivante : « *désarroi découlant d'un mode de relation sexuelle répétitive impliquant succession de partenaires sexuels que l'individu ne perçoit que comme des objets dont on se sert*<sup>15</sup> ».

Le DSM4 ne mentionnait pas ce trouble.

Dans le DSM5, une nouvelle catégorie est apparue concernant des addictions comportementales mais la dépendance sexuelle n'y figure pas. En revanche, le trouble d'hypersexualité est proposé comme nouvelle catégorie de diagnostic. « *Parmi les symptômes indiqués on retrouve :*

1. *la majeure partie du temps utilisé pour les accomplissements sexuels*
2. *l'utilisation du sexe en compensation d'état dépressif, anxieux ou du stress ;*

---

<sup>13</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p17

<sup>14</sup> Estellon V. (2016). Approche psychodynamique des addictions sexuelles. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p34

<sup>15</sup> Estellon V., 2014. Les sex-addicts. Paris : Puf, Que sais-je ?, p32

3. *les efforts répétés mais infructueux pour contrôler ou réduire de façon significative ses conduites<sup>16</sup> ».*

L'OMS parle d'activité sexuelle excessive.

#### **D. Les différentes addictions et leurs problématiques spécifiques**

Lorsque je parle de comportements sexuels, cela peut concerner : la cybersexualité, dont le visionnage de films pornographiques, la sexualité tarifée, la fréquentation de clubs divers et variés... certaines personnes ont une dépendance à différents supports.

Je vous propose de regarder cela plus en détail.

##### **a. L'auto-érotisme**

Certaines personnes se masturbent 5 à 15 fois par jour. Cela peut être accompagné par du visionnage de « porno » ou pas. La masturbation excessive peut conduire à des blessures, c'est le cas de Mr Balbo<sup>17</sup> qui se masturbait pendant des heures ce qui pouvait provoquer des irritations liées aux frottements allant jusqu'au saignement. Elle peut aussi conduire à une sensation de fatigue, voire à des difficultés socio-professionnelles. Samir<sup>18</sup> disait qu'il se masturbait jusqu'à 15 fois par jour. Il devait donc trouver le moyen de s'isoler toutes les deux heures.

Selon M. Boiron<sup>19</sup> le sexe de la personne devient un objet détaché de son propre corps. C'est comme un objet qui apporte du plaisir.

##### **b. La cybersexualité**

Comme il a été dit précédemment, l'étude Cordonnier (2006<sup>20</sup>) démontre que 10 % des internautes consultaient des sites à caractère sexuel au moins 11 heures par semaine. A.

---

<sup>16</sup> Estellon V. (2016). Approche psychodynamique des addictions sexuelles. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p34

<sup>17</sup> Par soucis de confidentialité, tous les noms ont été modifiés

<sup>18</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p126

<sup>19</sup> Boiron M. (2013) L'addiction au XXIème « sexe ». *Sexualités humaines*, n°18, p6-21

<sup>20</sup> Cordonnier V., « Cybersexe et addiction : quelles thérapies ? », *Sexologies*, 2006, 15 (3), p202-209. In Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile jacob, p41

Camincher<sup>21</sup> compare cela avec le temps que les français passent à faire l'amour, soit en moyenne entre 40 et 58 minutes par semaine...

L'addiction à la cyber pornographie présente trois spécificités (Cooper, 2004<sup>22</sup>) :

- L'accessibilité : aujourd'hui une grande partie de la population a un téléphone possédant une caméra et une connexion Internet pour accéder aux sites pornographiques.
- La plupart des sites sexuels sont gratuits ou à des prix abordables.
- L'anonymat : l'utilisateur peut choisir de ne pas être vu physiquement.

### ❖ Le visionnage de films pornographiques

La personne utilise internet pour visionner ou télécharger des films X ou des « porno ».

Cela peut être accompagné de masturbation ou pas, pendant des heures ou 5 minutes plusieurs fois par jour.

Le visionnage de porno pourra être utilisé afin de ne pas être déçu lors d'une relation sexuelle réelle. Le Dr Poudat écrit : « *le virtuel est très addictogène car il se substitue parfois au passage à l'acte avec une personne réelle. De fait, des sujets dépendants peuvent s'enfermer des heures avec du porn pour vivre enfin leurs fantasmes par écrans interposés, avec des milliers d'images devant les yeux (zapping d'images), sans obligation de mettre en pratique, dans une vie réelle contraignante, leurs désirs sexuels<sup>23</sup> ».*

Beaucoup vont se trouver dans une recherche éperdue de scènes et de supports toujours nouveaux, voire pour certains, toujours plus « hard ». Mr Grisu, patient que j'ai reçu plusieurs fois dans mon cabinet, me racontait regarder des scènes ordinaires au départ (il y a 10 ans) et depuis deux ans, il regardait des gangs bang (une femme qui fait du sexe avec plusieurs hommes, souvent l'un après l'autre et souvent avec de l'humiliation) ou du sexe à plusieurs en imaginant que c'était sa femme.

---

<sup>21</sup> Camincher A. (2018) La pornographie du XXI<sup>e</sup> siècle : désirs secrets, exutoire ou fracas ? *Sexualités humaines*, n°38, p19-26 ; p20

<sup>22</sup> Cooper A.L. et al, « Onlin sexual activity : An examination of potentially problematic behaviors », *Sex Addict Compulsivity*, 2004, 11, p129-143. *In* Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob, p40

<sup>23</sup> Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob, p73

Selon la clinique de Patrick Baudry, on retrouve souvent corrélée à une consommation excessive de pornographie, une difficulté à distinguer le réel du virtuel. Le consommateur serait comme à la « *recherche d'un flash de jouissance inattendue*<sup>24</sup> », il est « *stupéfait scotché, dans une poursuite effrénée de scènes, en quête de ses propres représentations mentales. [...] Le défilé rapide des images produit une sorte de vertige visuel qui donne une illusion de réalité [...]. Les repères temporels sont modifiés. [...] Cette pornographie de l'étourdissement serait comme une échappée à soi-même, à son angoisse, à ses désirs non élaborés et à son corps [...]. Le corps en pornographie est une autre abstraction, surtout s'il est avatar : Ni être ce corps, ni avoir un corps, ni interagir avec le corps d'autrui. [...] Il [le consommateur] est alors en pilote automatique, perdant ainsi sa capacité d'interagir avec ses sensations et plus largement avec ses propres pensées.* »<sup>25</sup>

Nous retrouvons régulièrement une fantasmagorie pauvre voire absente. Il y a comme un vide symbolique en l'absence d'image ce qui peut provoquer des dysérections dans la sexualité avec un(e) partenaire.

L'étude de MP Vaillancourt-Morel<sup>26</sup> met en évidence trois groupes de consommateurs de pornographie :

1. 75 % des consommateurs sont représentés aussi bien par des hommes que par des femmes. Le visionnement est strictement récréatif et s'accompagne d'une satisfaction sexuelle élevée. Pour ce groupe, l'usage de la pornographie n'est pas corrélé à des problèmes sexuels.
2. Les consommateurs non-compulsifs mais qui se disent en souffrance,
3. Les consommateurs compulsifs.

Ces deux derniers groupes sont représentés essentiellement par des hommes qui manifestent une insatisfaction et un évitement dans la sexualité, ainsi que des dysfonctionnements. Il est intéressant de noter que ce groupe intermédiaire entre récréatif et compulsif, est représenté

---

<sup>24</sup> Baudry P.(1997), « La pornographie et ses images », Paris, Armand Collin, Agora. In Camincher A. (2018) La pornographie du XXI<sup>e</sup> siècle : désirs secrets, exutoire ou fracas ? *Sexualités humaines*, n°38, p19-26, p23

<sup>25</sup> Baudry P.(1997), « La pornographie et ses images », Paris, Armand Collin, Agora. In Camincher A. (2018) La pornographie du XXI<sup>e</sup> siècle : désirs secrets, exutoire ou fracas ? *Sexualités humaines*, n°38, p19-26, p23

<sup>26</sup> Camincher A. (2018) La pornographie du XXI<sup>e</sup> siècle : désirs secrets, exutoire ou fracas ? *Sexualités humaines*, n°38, p19-26 ; p20

par des consommateurs qui souffrent de leur consommation. Ils ont des risques de souffrir de troubles dépressifs et de devenir addicts.

### ❖ Les applications et sites internet

Les sites Internet et les applications pour téléphone sont nombreux. Certains sujets restent dans le virtuel, recherchent des relations sexuelles par webcam ou des conversations sexuelles par mail ou chat. Certains peuvent s'inventer une identité sexuelle. La sensation d'anonymat, d'impunité et de sécurité facilite l'excitation et le comportement compulsif envahissant.

D'autres utilisent des sites pour des rencontres. Un certain nombre de sites et applications permettent de trouver rapidement un partenaire sexuel. Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) il existe entre autres les applications *scruff* et *Grindr* qui permettent de savoir à la seconde qui a envie de sexe à un instant T dans le périmètre où l'on se trouve. Pour les relations hétérosexuelles, il en existe aussi comme *Tinder* mais cela est souvent un peu plus long pour le sexe.

Certaines personnes vont rechercher pendant des heures la personne souhaitée, ce qui fera partie de « la préparation du shoot ».

Lors du passage à l'acte, généralement il n'y a pas d'émotion, l'autre est utilisé comme un objet d'assouvissement de la pulsion.

Nous pouvons aussi retrouver des jeux pornographiques comme le *snuff sex* où l'on tue un avatar pendant un rapport sexuel et il existe des jeux vidéo japonais comme *Battel Raper* et *Rapelay* qui combinent jouer, battre, violer, et tuer.

La pornographie violente modifierait les comportements et produirait des passages à l'acte. Il semblerait que l'on retrouve une difficulté à intégrer les frontières entre le monde réel et le monde virtuel. A. Camincher écrit : « *il a été relevé des augmentations de conduites inappropriées, voire incestueuses, en lien avec la surconsommation, par escalade d'un érotisme virtuel aux dépens de la réalité.*<sup>27</sup> » Il n'y a plus de filtre, le désir ou le non-désir d'autrui n'est plus respecté puisque l'excitation s'effectue sans avoir besoin du consentement

---

<sup>27</sup> Camincher A. (2018) La pornographie du XXI<sup>e</sup> siècle : désirs secrets, exutoire ou fracas ? *Sexualités humaines*, n°38, p19-26, p24

du partenaire. A partir du moment où celui-ci n'est pas vu comme un sujet à part entière, la personne addict pourra avoir un sentiment de toute-puissance qu'il pourra exprimer dans les conditions qu'il souhaite. Il vient donc se greffer un risque sociétal inquiétant.

### **c. La sexualité tarifée**

Nous retrouvons ici des personnes qui ont une addiction au sexe tarifé. Nous rencontrons essentiellement des hommes. Souvent, l'addict recherche une relation sexuelle dans laquelle il contrôle tout : choix du/des ou de la partenaire, choix des pratiques sexuelles, etc. grâce à l'argent.

Rares sont ceux qui emploient le mot prostitution, ils utilisent plutôt le terme d'escorte. Une escorte donne une image moins négative de la prostitution. La personne qui va la voir a aussi une image moins négative d'elle-même en utilisant ce terme.

Dans le livre « les sex addicts », Jérôme témoigne « *le moment le plus intense c'est dans le couloir d'hôtel juste avant que la porte ne s'ouvre. Il y a toutes les projections concentrées dans ces quelques secondes. Et c'est le moment où je sais que je vais avoir ma « dose ». C'est vraiment une drogue<sup>28</sup>.* »

A l'inverse, nous pouvons constater que des personnes développent une addiction au sexe monnayé. Leur besoin est de vendre des relations sexuelles contre de l'argent ou des cadeaux. Pour d'autres, ce sera la participation à des photos ou vidéos pornographiques avec aussi un échange tarifé.

### **d. La drague compulsive, impliquant la recherche constante de partenaires**

Des sujets ont un besoin compulsif de recherche, conquête et drague sexuelle. Ce qui les intéresse, c'est la séduction, réussir à vaincre les réticences de l'autre afin de le posséder sexuellement. Certains ne vont pas jusqu'à l'acte sexuel. D'autres sont excités par le sexe avec des inconnu(e)s et/ou le fait que ce soit immédiat et bref, sans lendemain.

---

<sup>28</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p79

### **e. La fréquentation de clubs**

Il existe différents lieux de rencontres sexuelles comme des clubs de laps dance, de strip-tease, des clubs ou sauna échangistes, des clubs de sport, des backrooms (arrière salle dans la pénombre pour des relations sexuelles), des parcs ou des plages, etc.

Il semblerait qu'il existe plus de lieux de rencontres sexuelles pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Certains sont accessibles gratuitement (comme des parcs), d'autres avec une entrée payante ou encore en payant une boisson.

La sexologue N.Denis qui travaille qu'avec des HSH rapporte que le recours à la prostitution n'est jamais évoqué. En effet il ne serait pas nécessaire au vu du nombre important de lieux de rencontre sexuelle. Un homme hétérosexuel vivant en couple qui avait des relations extraconjugales avec d'autres femmes lui disait : « *je me suis mis aux garçons parce que c'est bien plus simple et bien plus rapide. J'ai des maîtresses, je rencontre des femmes. Mais je sais que si je rentre dans un sauna, ou dans certains parcs, j'aurai un rapport sexuel très rapidement, en quelques minutes. Pas besoin de prendre un café, de parler...* »<sup>29</sup>

### **f. Le Slam et le chemex**

Le Slam, c'est la consommation de produits psychostimulants (essentiellement des cathinones) par la voie veineuse et en contexte sexuel. On retrouve cette pratique chez les HSH. La personne qui pratique le slam est appelé un slameur.

Le chemsex, c'est aussi l'usage de ce type de produit dans un contexte sexuel, mais pas forcément en intraveineuse. Les produits utilisés sont surtout les cathinones, seules ou parfois associées avec d'autres substances : cocaïne, kétamine, GHB, poppers, MDMA, alcool... La personne qui pratique le chemsex est appelée un chemsexeur.

M. Grégoire<sup>30</sup>, témoigne que les premiers slameurs arrivés au centre médical où elle travaille il y a cinq ans étaient des hommes entre 30 et 60 ans ayant un bon niveau socio-économique, insérés socialement et pas forcément usagers de drogues, ou de façon très occasionnelle. La plupart des slameurs étaient séropositifs avant le début du slam. Désormais, elle rencontre

---

<sup>29</sup> Denis N. (2013) Homo et sex addict. *Sexualités humaines*, n°18, p22-31, p26

<sup>30</sup> Grégoire M. (2016). Slam, chemsex et addiction sexuelle. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p90

également des usagers plus jeunes ayant des situations sociales plus précaires et séronégatifs.

L'initiation slam se fait par les partenaires lors de parties sexuelles. Il semblerait qu'il y ait une recherche de bien-être, de plaisir sexuel, de nouvelles sensations, mais aussi d'endurance, « il faut être performant pendant des heures ».

Certains usagers décrivent une sexualité importante ou une addiction au sexe que les produits ont renforcée. Souvent, c'est dans le cadre sexuel qu'il y a eu la rencontre avec des drogues et pour certains, le sentiment d'être addict au sexe est apparu avec l'usage des cathinones.

### **g. D'autres addictions sexuelles**

❖ La participation à des tournages de film pornos, amateurs ou non : nous retrouverons dans l'addiction un besoin d'écrire le scénario ou d'être dicté dans les gestes. Il y a aussi une excitation à pratiquer le sexe devant une caméra et de savoir que la séquence va être vue par des inconnus. Jérôme<sup>31</sup> tourne du porno, il explique que pour avoir une érection pendant longtemps sans éjaculer, il devait se mettre dans « un schéma mental » qui était de considérer la personne en face de lui comme un objet. Il dit : *c'est « comme quand on regarde du porno ou lorsqu'on fait l'amour à une prostituée : finalement on a une relation qu'avec soi-même, l'autre n'existe pas. »*<sup>32</sup>

❖ La sexualité avec le/la partenaire : la/le partenaire est souvent consommé(e), utilisé(e) comme si c'était un tranquillisant ou un somnifère. C'est le cas de Mme Red, une patiente reçue en consultation. Dès qu'elle ressentait du stress, elle avait besoin de coucher avec son partenaire. Cela lui arrivait au moins une fois par jour, par moment ce n'était pas possible d'assouvir cette pulsion car c'était en présence d'amis ce qui la rendait encore plus mal. Elle avait de la culpabilité car son conjoint savait qu'il était utilisé comme objet sexuel.

---

<sup>31</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p68

<sup>32</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p68



❖ Les fantasmes sexuels : la personne a besoin de créer des scénarios élaborés. Elle imagine les moindres détails de la scène sexuelle, des prémisses à l'acte sexuel ainsi que de l'acte en lui-même. Toutes ne passent pas forcément à l'acte. Ces fantasmes envahissent la vie du sujet au point de lui faire perdre toute envie de connexion émotionnelle avec sa/son partenaire. Mr Vouli, patient qui est venu en consultation une seule fois, me racontait un fantasme qu'il avait eu : il était sur une plage avec des femmes, il pouvait me décrire toute la scène dans les moindres détails. Il me disait aimer regarder les courbes des femmes, puis les avoir contre lui. Pour finir, il me disait se mettre à genoux la tête dans le sexe d'une femme, ce qui l'apaisait grandement. Ses fantasmes étaient très présents, mais n'avaient pas pour objectifs d'être mis en application. Avoir une relation amoureuse était très compliqué pour lui.

❖ L'échange sexuel violent : le sujet est excité et prend du plaisir dans la douleur, reçue ou infligée. Des objets comme des fouets, des menottes, des liens, etc. sont souvent utilisés pour accroître la peur et l'excitation.

#### **h. Des Problématiques communes à ces comportements sexuels**

- Tout d'abord, nous retrouvons très souvent une dépendance à différents comportements sexuels, voire même à d'autres comportements (comme les jeux d'argents) ou à des produits. C'est le cas de Mr Vouli qui se masturbe au moins une fois par jour pour se détendre. Pour cela il utilise sa fantasmagorie, des vidéos ou des images. Il peut d'ailleurs passer beaucoup de temps à regarder des photos de femmes nues ou de fellations et il me précise « pas de coïte ». Il me dit être en adoration face à son sexe, aimer le masser, et le masturber ainsi que de le montrer aux femmes. Dans ses conquêtes sexuelles, c'est le regard de la femme posée sur son sexe qu'il recherche.

- Un certain nombre de sujets addicts à la prostitution ou à la masturbation n'arrivent pas à séduire une femme dans la vie réelle, rencontrent une grande timidité et des peurs. J'ai accompagné Mr Albert pour des raisons autres : cet homme a eu une relation sexuelle pour la première fois à 29 ans. Avant cela, il me dit qu'il était extrêmement timide, n'arrivait pas à aller vers les filles et qu'il compensait par une addiction au porno accompagnée de masturbation (pendant plus de 10 ans).

- Concernant les HSH séronégatifs, pendant de longues années, et encore aujourd'hui pour certains nous retrouvons une prévention sans faille contre le VIH. Leur sexualité était ritualisée par la pose du préservatif, comme lors de la préparation d'un shoot, il était intégré dans le déroulement du comportement sexuel. Aujourd'hui, la PrEP (Prophylaxie pré-exposition : médicament pris afin d'éviter de se faire contaminer par le VIH) a fait changer ce rituel mais nous pouvons intégrer la prise du traitement à la préparation de « la dose de sexe ».

## **E. Installation d'une dépendance et le cycle addictif**

Dans cette partie, nous verrons comment s'installe la dépendance, sa fonction et la mise en place du cycle de l'addiction.

### **a. Comment la dépendance s'installe-t-elle ?**

#### ❖ La théorie de l'apprentissage

Selon A.H. Boudoukha<sup>33</sup>, il existe trois formes d'apprentissage :

1. Par le conditionnement classique : une association est faite entre deux éléments, comme entre un stimulus et une réponse. Par exemple, la personne passe devant une vitrine « salon de massage », cela crée un stimulus qui provoque l'envie de recevoir un massage avec finition ; ou bien, voir un ordinateur et vouloir regarder un porno. Cela montre qu'il y a une association conditionnée entre deux éléments (Hanewinkel et al, 2010<sup>34</sup>)

2. Par le conditionnement opérant : cette forme d'apprentissage considère que les conséquences d'un comportement (positives ou négatives) vont jouer sur la fréquence de reproduction de ce comportement. C'est ainsi que le plaisir ressenti lors d'un rapport sexuel va renforcer l'envie d'en avoir d'autres (Loeber et Duka, 2009<sup>35</sup>)

---

<sup>33</sup> Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p9

<sup>34</sup> Hanewinkel, M. et al. 2010 Cigarette advertising and adolescent smokin. American Journal of Preventive Medicine, 38(4), 359-366. In Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p9

<sup>35</sup> Loeber, S., Duka T. 2009 Extinction learning of stimulus reward contingencies : the acute effects of alcohol. Drug and alcohol Dependence, 102 (1-3), 56-62. In Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p9

3. Par le conditionnement vicariant : cette forme d'apprentissage considère que des facteurs psychiques jouent sur la production d'un comportement. Une mode que l'on apprécie, un groupe important ou valorisé par la personne peut amener l'apprentissage d'un comportement réalisé par ce groupe. Avoir un ami ou un modèle valorisé qui va dans des saunas échangistes peut donner l'envie de pratiquer aussi. Autre exemple, un jeune homosexuel qui vient de province et qui débute sa vie sexuelle ou qui est isolé socialement peut penser qu'il sera mieux intégré dans la communauté s'il slamme.

#### ❖ Les fonctions de l'addiction sexuelle

Dans l'addiction à un comportement sexuel, ce n'est pas la drogue qui est prise qui rend addict. Il existe certes des éléments biologiques que nous verrons par la suite, mais la raison principale est le comportement qui sert de pansement. C'est une solution facile trouvée par le sujet qui lui permet de s'apaiser rapidement, de le rassurer.

Le comportement sexuel présent avant la mise en place de l'addiction ou une fois l'addiction installée, peut avoir différentes fonctions :

- Se rassurer et se valoriser : avoir différents partenaires permet de se rassurer quant à la possibilité de séduire, de plaire. Multiplier les actes sexuels permet aussi de se rassurer quant à la possibilité d'avoir des érections pour un homme et exprime inconsciemment ou consciemment la virilité. Ce n'est pas toujours l'orgasme qui est recherché. La capacité de donner du plaisir peut rassurer narcissiquement des personnes qui manquent de confiance en elles. Cette dimension peut se retrouver, quel que soit l'orientation sexuelle. « Le sexe c'est ce qu'il y a de plus important, sans sexe je n'existe pas. Je me sens en vie quand je sais que grâce au sexe l'autre me regarde et me désire »

- Apaiser un mal-être, fuir une situation inconfortable, penser à autre chose. Des personnes vont ressentir le besoin de passer à l'acte pour apaiser une émotion envahissante. C'est le cas de Mme Red qui a très peu confiance en elle et lorsqu'elle se sent nulle ou jugée, elle a besoin d'avoir un orgasme avec son partenaire.

- La personne cherche à éviter de ressentir du mal-être lié à un événement passé ou présent. Dans le livre *les Sex addicts*, Stéphane qui a en moyenne deux à trois relations sexuelles par jour témoigne : « *C'est toujours plus quand j'ai une angoisse particulière, quand je bosse sur un sujet compliqué et que ma dead-line de rendu est dépassée, par exemple, ou si je suis en conflit avec la direction de la chaîne. Pour décompresser il peut m'arriver d'entrer dans un sex club et de faire de «l'abattage, » pendant plusieurs heures : je prends alors tout ce qui me tombe sous la main. Une fois, un ami m'a dit en sortant : « est-ce que tu te rends compte que tu les as tous baisés ? » Je ne m'en étais même pas aperçu, j'étais presque dans*

*un état second ! Parfois je recroise des gens avec lesquels je ne me souviens même pas avoir eu des relations sexuelles !<sup>36</sup>*». D'autres vont fuir la reviviscence d'un événement traumatique. Le sujet sera abordé plus en détail par la suite.

- Recherche d'un sentiment de liberté et d'affirmation de soi : la sexualité avec différents partenaires, une quête de plaisir immédiat peut laisser croire au sujet que cela prouve qu'il est libre de ses actes. « Je couche avec qui je veux. » Dans cette société qui juge la sexualité féminine, un certain nombre de femmes se retrouvent dans ce schéma.

- Recherche de sensations fortes : pour certains, cela se passera au travers d'un écran, pouvoir visualiser les fantasmes non réalisés avec une recherche toujours plus « hard ». D'autres mettrons en pratique leurs fantasmes mais une fois réalisés ou explorés pendant une période, il faudra en réaliser d'autres, nous retrouverons ainsi une surenchère des pratiques (libertinage, sado-masochisme, gang bang, etc.) avec une recherche de sensations et plaisirs toujours plus forts et intenses.

- Sortir de l'ordinaire, stimuler l'existence et exister (FX.Poudat<sup>37</sup>) : certaines personnes vont avoir recours à leur addiction lorsqu'ils s'ennuient, pour passer le temps. Mr Gris visionnait du porno et se masturbait lorsqu'il avait un moment de creux dans la journée. Il me disait « avant d'aller au travail, j'ai 30min à attendre, je ne vais pas commencer à faire du ménage, alors je matte un porno ». L'addiction est présente pour combler un vide. Mr Blond visionnait lorsqu'il n'avait pas de partenaire, il passait des heures sur des sites de chat et de porno pour ne pas s'ennuyer. Lorsqu'une personne est en face du sujet, cela lui procure une sensation d'existence, que les émotions soient positives ou négatives, cela peu les rassurer.

- Se réfugier derrière un écran : certains sex addicts souffrent d'une extrême timidité, ils seront donc rassurés d'échanger avec des personnes au travers d'applications ou de chat. Pour d'autre échanger avec quelqu'un s'avère être impossible, ils vont donc se réfugier dans des porno afin de visualiser ce qu'ils n'arrivent pas à mettre en œuvre physiquement.

- Se punir : Des personnes ayant des vécus des événements traumatisants auront un rapport à leur propre corps de dégoût, et une mésestime d'eux très importante avec beaucoup de culpabilité. Souvent, ses personnes n'auront pas été accompagnée par leur entourage, s'il a parlé des événements, il n'aura pas été écouté, voir dénié ou culpabilisé. L'addiction permet de se salir davantage et de confirmer qu'elle est responsable des événements passés. Nous retrouverons régulièrement ces personnes dans des comportements sexuels dégradants pour eux comme de la soumission, où ils se retrouvent

---

<sup>36</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p172

<sup>37</sup> Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob, p63

comme « objets sexuels », dans des relations d'emprise. Un jeune HSH qui venait dans une association de lutte contre le VIH disait avec colère et mésestime de lui : « je me fais prendre par plein d'hommes les uns après les autres sans capote, et je n'ai toujours pas chopé le sida, mais quand est-ce que je vais l'avoir ? »

## **b. Le cycle addictif**

La séquence comprend toujours quatre étapes qui se suivent :

- Un événement déclenchant ou une situation à risque qui sera la première étape dans le démarrage du cycle,
- Le *craving* avec l'impulsion à consommer ou reconsommer,
- Le passage à l'acte sexuel, appelé aussi le *binge*
- Les conséquences, d'abord immédiates puis plus tardives, vont participer à déclencher un nouveau cycle addictif. Cette phase est aussi la période du sevrage et de la récupération biologique.

Voyons ces étapes plus en détail :

### 1. Les événements ou stimuli déclenchant peuvent être :

- Une émotion comme la tristesse, la colère, l'angoisse, la peur, la joie qui amène des pensées (par exemple : « le sexe me détendra ») puis un comportement (« allumer mon ordinateur »).
- Une pensée, un fantasme, des ruminations anxieuses... Qui amène une sensation (excitation) puis un comportement (se rendre sur l'application de rencontre).
- Un stimulus comme un lieu, un vêtement, une voix, un regard, un parfum qui amène une fantaisie mentale (« j'imagine comment se passerait l'acte sexuel avec la personne ») puis une émotion ou une excitation.
- Un événement comme une publicité, une image sexuellement excitante, un conflit, une prise d'alcool, la solitude qui amène une pensée (« si je me masturbe ça va me détendre ») puis un comportement (s'isoler).

### 2. Le craving

Le craving est un terme anglais désignant une envie urgente, un besoin irrésistible de consommer. Le craving est lié à la mémorisation du bien-être vécu lors des passages à l'acte

précédent. Beaucoup de sujets expriment que le besoin se fait ressentir physiquement par des sensations corporelles ainsi que psychiquement.

Dans le livre les sex addicts, Samir<sup>38</sup> témoigne : lorsqu'il rencontre un obstacle, qu'il a l'impression de ne pas avoir accès à l'objet du désir, il se retrouve confronté à une grande frustration. Il se retrouve dans une lutte continue qui l'épuise aussi bien physiquement que moralement. Lorsqu'il essaye de résister à une pulsion, il a des douleurs abdominales et à la mâchoire.

### 3. Le passage à l'acte

- Certaines personnes vont passer à l'acte immédiatement sans réfléchir ni tenter de se contrôler.
- D'autres vont attendre un peu avant de passer à l'acte. Plusieurs raisons peuvent expliquer l'attente : le craving est modéré, la personne peut encore se contrôler ; elle est dans un état de lutte psychique car elle sait qu'elle va avoir des remords à passer à l'acte ; soit pour améliorer le scénario, maintenir un état d'excitation jusqu'à ce qu'elle puisse passer à l'acte...

A partir du moment où une routine s'est installée, le sujet va ritualiser son comportement sexuel, tel une personne qui se drogue qui prépare sa came. Pour certains se sera par exemple : allumer l'ordinateur, aller sur un site, prendre sa boîte de mouchoir, son lubrifiant, etc.

### 4. Les conséquences du passage à l'acte.

Dans un premier temps, les conséquences sont satisfaisantes : bien-être, jouissance, apaisement, libération, détente, attente comblée... Dans le livre Les Sex-addicts, James décrit le phénomène de shoot : « *C'est une explosion d'hormones au moment d'éjaculer. C'est durant quelques secondes une sensation de plénitude mêlée d'abandon de soi. Un très court instant, je suis comme au-dessus de moi, avec une impression d'acuité comme jamais. Plus aucun souci n'existe ! À ce moment-là, on ne supporte même pas que quelqu'un nous touche. Rien*

---

<sup>38</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p160

*ne doit interférer dans ce moment de bonheur égoïste pur. Il m'est arrivé de pleurer tellement je me sentais comme libéré.*<sup>39</sup> »

Cependant, rapidement, (dans les premières minutes ou heures) vont apparaître d'autres répercussions psychiques déplaisantes comme des émotions de colère, de tristesse, des sentiments de culpabilité, de honte, de dégoût, voir même de dépression. Nous pouvons aussi constater des répercussions sur la santé physique comme des signes de manque (sueur, anxiété, maux de tête, fatigue, tachycardie, etc.), des troubles de l'appétit ou du sommeil, des dysfonctions sexuelles, etc.

La personne peut aussi contracter des infections sexuellement transmissibles (VIH, chlamydia, gonocoque, syphilis...). Des répercussions peuvent avoir lieu dans le couple comme des mensonges, un sentiment d'abandon ou de trahison pour le/la partenaire, de la violence voir le divorce.

James poursuit son témoignage ainsi : « *Mais cela [le bien être exprimé précédemment] ne dure jamais. Cinq minutes après, on ne pense qu'au prochain coup ! Il n'y a que depuis très peu de temps que je réalise à quel point j'étais dans mon monde, coupé des autres, et même d'Alicia [sa femme]. Cette recherche du shoot prenait tellement de place que je n'étais plus capable de voir la peine de ma femme, je ne pouvais plus être là pour elle.* »<sup>40</sup>

Selon le Dr Karila<sup>41</sup>, sur le plan psychiatrique les conséquences les plus fréquentes sont les crises d'angoisse, l'anxiété, les troubles phobiques, la dépression et le risque suicidaire.

Les différents signes de mal-être qui apparaissent vont pousser le sujet addict à repasser à l'acte afin de se soulager à nouveau, d'apaiser les tensions et/ou d'avoir du plaisir. Au fur et à mesure, le temps entre deux passages à l'acte va se raccourcir et peut aller jusqu'à envahir le quotidien. Ceci va l'obliger à « augmenter la dose » afin d'obtenir le même effet qu'au début. Un état de manque va apparaître à chaque fois qu'il va vouloir reconsommer sans le pouvoir ou s'il désire arrêter l'addiction. FX. Poudat parle d'objet « *doudou* »<sup>42</sup> pour parler du comportement sexuel. Le sujet étant tellement en manque de son objet que s'en est

---

<sup>39</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p257

<sup>40</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p257

<sup>41</sup> Karila L. 2016. Votre Plaisir vous appartient, le guide de la sexualité 2.0. Saint Ouen : Flammarion, p171

<sup>42</sup> Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob, p28

insupportable, cela peut le rendre agressif et il va devoir trouver n'importe quel moyen possible (comme le mensonge) pour pouvoir retrouver l'objet addictif.

A. Morel parle de La loi de la récupération<sup>43</sup>, ce sont les conséquences de la tolérance. Après le passage à l'acte, le corps a besoin d'une période pour récupérer et pour un retour à l'équilibre de l'organisme. Cependant, avec l'effet d'accoutumance, le sujet va passer à nouveau à l'acte rapidement, ce qui va réduire le temps d'adaptation pour le corps. Comme celui-ci n'aura pas eu le temps de revenir à l'équilibre, l'effet de bien-être du « shoot » va être moindre et la période de récupération du corps sera d'autant plus grande.

Suite à l'effet d'accoutumance et pour « augmenter la dose », le sujet va rechercher plus de sensations, cela peut être en augmentant la violence ou l'intensité des pratiques (dans le réel ou le virtuel) ou en ayant des pratiques à risque, comme l'asphyxie ou la pratique du sexe sans préservatif. Dans le milieu HSH, cette dernière, est appelée « barback ».

Certains sujets porteurs du VIH peuvent croire qu'ils ne risquent rien de plus et on retrouvera une prise de risque accrue. Selon N. Denis « *mort et sexe vont de pair. Il devient alors impossible de protéger le rapport, l'excitation vient du fait même de ce risque répétées de contracter une autre IST, dont le redouté virus de l'hépatite C.* »<sup>44</sup> Concernant les slameurs, la question du risque est prégnante ; en plus de la pratique du barback, nous retrouvons des risques liés à l'injection qui peut être faite dans des états de conscience altérée (risque donc d'échange de seringues, multiples injections, abcès...). N. Denis<sup>45</sup> témoigne que dans le centre où il travaille, plus de la moitié des slameurs sont devenus positifs au virus de l'hépatite C.

Pour la personne addict, la sexualité n'est plus un plaisir mais devient un besoin qu'elle a du mal à contrôler : « c'est plus fort que moi je ne peux pas m'en empêcher. » C'est ainsi que l'addiction peut avoir des répercussions sur le couple (mensonges, dysfonctions sexuelles, etc.), sur la vie sociale et professionnelle (temps important passé dans l'addiction, licenciement, etc.)

---

<sup>43</sup> Morel A., Couteron JP, Fouilland P. (sous la dir.) 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod, p192

<sup>44</sup> Denis N. (2013) Homo et sex addict. Sexualités humaines, n°18, p22-31, p27

<sup>45</sup> Denis N. (2013) Homo et sex addict. Sexualités humaines, n°18, p22-31, p93



### c. Les pensées

Selon P.Graziani et C. Fantini-Hawel<sup>46</sup>, la personne addict active des croyances et ils en proposent trois catégories :

- Les croyances anticipatoires : ce sont les attentes positives, il anticipe le plaisir (ex : « ça va me soulager », « je serai mieux »...);
- Les croyances soulageantes : la personne s'attend à réduire le mal-être (ex : « il faut que je visionne un porno pour me sentir mieux » ; « je suis trop ridicule, il faut que j'ai un orgasme »...);
- Les croyances permissives : Ce sont des pensées qui peuvent être présentes avant, pendant ou après le passage à l'acte. Elles sont permissives et autorisent à passer à l'acte (ex : « cela va me faire du bien de passer du bon temps, je fais de mal à personne, ce n'est que du sexe », « J'ai eu une grosse semaine de travail, j'ai bien mérité d'aller voir une escorte, je ferai des économies demain. »)

JB. Dumonteix<sup>47</sup> parle de fausses pensées, et rajoute aussi :

- Avoir un filtre mental romanesque (ex : Jérôme<sup>48</sup>, tombe amoureux d'une escorte parce qu'il imagine qu'elle a des sentiments pour lui, il oublie que c'est une relation tarifée et que c'est son métier).

FX. Poudat<sup>49</sup> propose aussi :

- Les croyances inconscientes enfermantes : ces croyances sont des schémas de pensée construits à partir des expériences de vie, des représentations familiales, du système éducatif, des valeurs religieuses et morales ... Elles se répètent sans cesse et sont sans autocritique. Ce sont des convictions dont on n'a pas toujours conscience. Malheureusement, pour un certain nombre d'entre elles, elles sont fortement anxiogènes. On retrouvera par exemple : « un homme doit toujours être compétent sexuellement », « C'est à l'homme de séduire mais moi je suis trop nul, je ne pourrai plaire à personne », « Il faut des sensations fortes pour avoir une sexualité épanouie », etc.

---

<sup>46</sup> Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p20

<sup>47</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p197

<sup>48</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p198

<sup>49</sup> Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob, p71

Il est possible de rajouter :

- Des positionnements en tant que victime (ex : « Je n'ai pas assez de sexe auprès de ma femme, elle n'est pas assez présente pour moi, je peux donc aller voir ailleurs. »)
- Des croyances de dévalorisation : (ex : « Je suis indigne », « personne ne peut m'aimer telle que je suis »)

#### **d. La « Rechute »**

Je préfère appeler cela un risque de retour à la situation de dépendance. Cela fait partie du processus d'arrêt ou de diminution de l'addiction. Ce doit être annoncé comme une possible étape et il est important d'en parler au patient rapidement car cette situation peut provoquer un fort sentiment d'échec, et amener de la culpabilité. L'entourage aussi peut se décourager et penser que c'est un manque de volonté et de motivation.

Certaines personnes vont vouloir se tester, voir si elles ont surpassé l'addiction et si elles sont capable de résister.

N. Meliava et P. Fouilland<sup>50</sup> abordent deux effets qui peuvent avoir lieu en cas de violation de l'abstinence et qui peuvent amener la reprise de l'addiction. « *[L'écart], suivi ou non d'une perte de contrôle remet en question la vision et les cognitions liées à la mise en place de l'abstinence. Les perceptions personnelles sont modifiées dans deux sens possibles* » :

- Soit la personne amplifie l'écart : elle voit cela comme une catastrophe et au vu des émotions négatives, elle risque de continuer de consommer. Elle est découragée et résignée (ex : « je savais bien que je ne pourrai jamais y arriver »). La personne peut décider d'abandonner toute tentative de changement,
- Soit elle dédramatise l'écart : les pensées sont « minimisantes », elles s'accompagnent d'émotions agréables et elle va, là aussi, continuer le comportement. Elle a des pensées « permissives » (ex : « ce n'est pas si grave »).

#### **F. Les aspects neuro-biologiques**

Quelques facteurs neurologiques et biologiques peuvent jouer en faveur de l'addiction.

---

<sup>50</sup> Meliava N. et Fouilland P., sous la dir. de : Morel A., Couteron JP, Fouilland P. 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod, p239

## a. Les hormones

E. Bacherot<sup>51</sup> nous informe que la dopamine est une hormone responsable de la recherche de plaisirs et l'ocytocine l'hormone de l'attachement. Des comportements récompensant provoquent une activation excessive du système dopaminergique. Lorsque la dopamine et l'ocytocine sont associées et qu'elles augmentent, elles auraient pour effet de réduire la sérotonine, hormone de la régulation.

Lorsqu'une personne ayant une dépendance est en stress elle sécrète de l'adrénaline. Une fois le plaisir assouvi, elle va sécréter l'hormone du plaisir : l'endorphine.

D.R. Dufour écrit : « *l'excitation ressentie devant un film porno stimule alors [...] le système dopaminergique (où la dopamine est précurseur de l'adrénaline et de la noradrénaline) à partir du cerveau limbique (l'hypothalamus), ce qui provoque des poussées pulsionnelles impérieuses, l'envie, le désir ardent [...] Craving [...]. Ce qui peut être satisfait que par un passage à l'action qui, elle, produit des endomorphines. [...]*

*Ainsi s'enclenche le cycle addictif que, d'une façon très simplifiée, on peut représenter ainsi : visionnement du film porno → excitation → hausse du niveau de dopamine → envie → masturbation plaisir immédiat dû aux endomorphines → baisse du niveau de dopamine → dépression plus ou moins longue → recherche de compensation → visionnement de film porno → excitation → hausse du niveau de dopamine → envie → masturbation → plaisir immédiat dû aux endomorphines... etc.<sup>52</sup> »*

## b. Le cerveau

Des études d'IRM fonctionnelle ont été faites, l'article « Les nouvelles addictions »<sup>53</sup> les répertories.

Tout d'abord, il est avéré que des zones différentes du cerveau s'activent en fonction d'un visionnement d'images neutres ou érotiques (cortex frontal, cortex temporal, cortex cingulaire

---

<sup>51</sup> Bacherot E (2013) Au commencement était le trauma...L'addiction sexuelle. *Sexualités humaines*, n°18, p32-40, p34, p109

<sup>52</sup> Dufour D.R. (2016). Addiction sexuelle et économie de marché. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p97-116, p109

<sup>53</sup> Kuhn S., Gallinat J. (2016). Int Rev Neurobiol 129: 67-83 In Pascoli V., Lüscher C., Karila L., Benyamina A. (2017) Les nouvelles addictions. *La Lettre*, n°53, p13-25

antérieur, noyau caudé, thalamus, hypothalamus, amygdale, hippocampe, noyau accumbens).

Il semblerait que le visionnage de pornographie de façon compulsive activerait des régions cérébrales similaires à celles activées par des substances psychoactives. Lors de l'exposition à des images excitantes sexuellement, trois régions sont principalement activées (striatum ventral, Cingulum antérieur dorsal, amygdale).

### **c. Comportement sexuel excessif en lien à des traitements et maladies**

Certains comportements sexuels « excessifs » sont en lien avec des troubles neurologiques ou des traitements. Cela reste rare, mais je vais l'aborder brièvement. Ce peut être le cas lors de la maladie de Pick, la Maladie d'Alzheimer et le syndrome de Kleine-Levin (Callesen, 2014<sup>54</sup>) ou à cause de certains traitements médicaux de la maladie de Parkinson (Smith, 2007<sup>55</sup>). L'antidépresseur, le Citalopram aurait provoqué une augmentation de la fréquence de la masturbation, du visionnage de pornographie ainsi que du désir sexuel.

## **G. Facteurs de vulnérabilités**

L'entrée dans l'addiction est souvent en lien à des souffrances psychiques que le sujet cherche à fuir ou à combattre. Elles peuvent venir de l'enfance, de traumatismes et/ou être en lien avec la sexualité, ce sont donc des facteurs de vulnérabilité individuels. Cela peut être aggravé par des facteurs de vulnérabilité externes en lien avec la société occidentale.

### **a. Les facteurs de vulnérabilité Individuels**

#### ❖ L'enfance

- L'accompagnement psycho-éducatif

La qualité de l'attachement dans les premiers mois de la vie joue un rôle existentiel pour le

---

<sup>54</sup> Callesen et al. 2004. Impulsive and compulsive behaviors among Danish patients with Parkinson's disease : Prevalence, depression, and personality », *Parkinsonism & Related Disorder*, 20 (1), 22-26. In Lagadec M. (2016). L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ? *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p11-27, p17

<sup>55</sup> Smith, S. 2007. Drugs that cause sexual dysfunction », *Psychiatry*, 6(3), 111-114. In Lagadec M. (2016). L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ? *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p11-27, p17

développement de l'enfant et de l'adulte qu'il deviendra. John Bowlby a théorisé trois types d'attachements : sécure, insécure et ambivalent. Malheureusement, lorsque l'attachement n'est pas suffisamment sécure, il y aura des répercussions dans la vie du futur enfant et adulte.

Selon JP. Couteron<sup>56</sup> les principaux facteurs de risques d'une addiction sont les conséquences des pathologies parentales : le climat familial instable et imprévisible, les négligences, de la maltraitance, des agressions. L'enfant intègre comme normal le fonctionnement familial dysfonctionnel qui le conduit à penser qu'il ne peut que subir les événements et non les influencer.

Tous les chaos vécus pendant l'enfance, peuvent créer de l'insécurité : l'enfant utilisé, abandonné, violenté, oublié, mais aussi trop couvé, « étouffé », négligé par ses parents, ou encore l'absence de l'un des parents, une éducation stricte où les émotions n'ont pas leur place, etc. L'enfant va donc se créer sa personnalité et des croyances en fonction de cela : peur d'être abandonné, tout le monde est violent ou va l'abandonner, peu de confiance en lui, etc.

Par exemple, la peur de l'abandon peut provoquer chez le sujet un rejet de toute relation amoureuse car celle-ci ferait encourir le risque d'être à nouveau abandonné (ce mécanisme peut être conscient ou inconscient). Le sujet peut donc se réfugier dans des relations de passage, qui vont tout de même permettre de se sentir attrayant.

Même lorsque l'enfance a été menée sans trop de chaos, nous retrouvons des personnes qui ont dans leur personnalité (A.Morel 2010<sup>57</sup>) :

- Des difficultés comportementales,
- De l'agressivité, des lacunes au niveau des habiletés social,
- Un faible évitement du danger,
- Un faible niveau de sociabilité,
- Un manque d'autocontrôle, des difficultés à s'affirmer,
- Un faible niveau de tolérance à la frustration,
- Un niveau élevé de recherche de sensations, de recherche de nouveautés,
- Un niveau élevé de réaction émotionnelle (impulsivité).

---

<sup>56</sup> Morel A., Couteron JP, Fouilland P. (sous la dir.) 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod, p203

<sup>57</sup> Morel A., Couteron JP, Fouilland P. (sous la dir.) 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod, p232

- Le « partage » de la sexualité dans la famille

Une ambiance incestuelle, un père qui a beaucoup de revues pornographiques et qui laisse son enfant les consulter, des discours sexuels provocateurs sans respect des enfants, une des figures parentales qui ramène constamment des partenaires sexuels à la maison, pire encore qui a des relations sexuelles avec ces différentes personnes devant l'enfant ou bien qui va regarder des vidéos porno avec son enfant, sont des attitudes qui laissent à penser au jeune que c'est un fonctionnement ordinaire.

Dans le livre les sex addicts, Jérôme<sup>58</sup> raconte qu'enfant, son père laissait trainer des revues pornographiques. Il se servait et son père venait les récupérer dans la chambre. Son père n'a jamais abordé le sujet, exprimé de colère ou rappeler des limites que l'on attend d'un adulte dans cette situation. Son absence de réaction a encouragé Jérôme à consommer de la pornographie, comme lui, et a favorisé l'addiction dont il souffre maintenant. Les parents ont un rôle à tenir pour répondre aux questions que l'enfant se pose sur la sexualité mais ils n'ont pas à partager avec lui des images sexuelles. Ce partage, renvoie dans nos sociétés occidentales, à l'interdit de l'inceste. De plus, ces images à un bas âge ne permettent pas au cerveau de les intégrer correctement, ce peut même être traumatisant et cela peut avoir des répercussions sur la vie sexuelle future. Cela le détourne des préoccupations saines pour son âge (apprendre, s'intéresser, jouer...) et crée des mécanismes psychiques erronés dans un cerveau en développement.

Nous pouvons rajouter à cela le fonctionnement du mode d'entrée dans l'excitation de chaque personne. Selon M. Boiron, il serait « *différent selon les premières scènes vécues qui ont été enregistrées dans le cerveau. Elles sont souvent très archaïques et stockées dans l'inconscient, comme endormies*<sup>59</sup>. »

- ❖ Vulnérabilité vis-à-vis de la sexualité

- Des sensations de plaisir ressenti lors d'autostimulations en étant enfant peut amener tellement de bien-être que l'enfant peut entrer dans une addiction.

- Très régulièrement, des enfants tombent par hasard sur des vidéos pornographiques. Comme je le disais précédemment, ces images sont effractantes pour eux. Elles peuvent inscrire une excitation dont ils garderont une trace et qu'ils chercheront à répéter. Ces enfants, devenues adultes, auront du mal à retrouver cette excitation-là avec une personne car pour

---

<sup>58</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p85

<sup>59</sup> Boiron M. (2013) L'addiction au XXIème « sexe ». *Sexualités humaines*, n°18, p6-21

eux, l'excitation est d'abord liée au monde virtuel. Selon M.Boiron<sup>60</sup>, cela serait l'un des éléments responsables de l'accroissement de ses conduites dites additives. Nous retrouvons des jeunes obnubilés par la performance, leur sexualité se retrouve coupée des émotions et ils peuvent chercher à reproduire ce qu'ils voient dans les vidéos.

- L'appréhension de la première relation sexuelle ou un échec vécu lors de la première fois peut amener la personne à éviter la sexualité réelle et se réfugier dans le virtuel. Mr Albert<sup>61</sup> me disait « *Il faut être détendu et avoir confiance en soi pour séduire une fille. La séduction c'était une charge énorme, comme monter en haut de l'Everest. J'étais totalement bloqué face à une fille !* »

- A l'adolescence, le réseau social et les amis ont un rôle important dans la façon d'agir. Si la sexualité ou la pornographie est valorisée, le jeune pourra d'autant plus être attiré par cela pour faire comme ses pairs.

- Certains homosexuels portent de la culpabilité d'avoir des pratiques homosexuelles. Ceci peut ne pas être accepté dans la famille, amener un sentiment de dévalorisation « je n'ai pas réussi à être comme tout le monde » ou de culpabilité de ne pas pouvoir « donner de petit enfant » à leurs parents ou encore porter ce secret au travail, etc. Ce mal-être peut jouer sur les conduites addictives.

#### ❖ Le psychotraumatisme

- Prévalence, psychotraumatisme et addiction :

En 1991 Carnes<sup>62</sup> a fait des recherches auprès de 233 hommes et 57 femmes. Il a trouvé que 81% des sujets qui présentaient des dépendances sexuelles ont vécu un abus sexuel. En 2003, Ferree<sup>63</sup> a réalisé une étude auprès de femmes ayant une dépendance sexuelle. 78 % d'entre elles rapportent avoir subis des abus sexuels durant l'enfance. Une autre recherche (Perera<sup>64</sup> et al 2009) qui porte sur un échantillon de 539 étudiants montre que 78 % de ceux

---

<sup>60</sup> Boiron M. (2013) L'addiction au XXIème « sexe ». Sexualités humaines, n°18, p6-21

<sup>61</sup> Patient évoqué précédemment qui visionnait du porno depuis son adolescence et qui a eu sa première relation sexuelle avec une fille à l'âge de 29 ans.

<sup>62</sup> Carnes P, 1991 Don't call it love : Recovery from sexual addiction (1st ed.). New York, NY, US : Bantam. In Barrault S, Gnimavo Hegbe K., Bertsch I., Courtois R. (2016). Relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles, problématiques. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p65-81, p69

<sup>63</sup> Ferree, M. 2003. Women and the web : Cybersex activity and implications », *Sexual and Relationship Therapy*, 18(3), 385-393 In Barrault S, Gnimavo Hegbe K., Bertsch I., Courtois R. (2016). Relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles, problématiques. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p65-81, p69

<sup>64</sup> Perera et al 2009. « Childhood Characteristics and Personal Dispositions to sexually Compulsive Behavior Among Young Adults », *Sexual Addiction & Compulsivity*, 16(2), 131-145. In Barrault S, Gnimavo Hegbe K., Bertsch I., Courtois R. (2016). Relation entre les événements de vie traumatiques

qui présentaient une addiction sexuelle avait une histoire d'abus sexuels durant l'enfance et ont grandi dans un environnement familial plus pauvre sur le plan interactionnel et relationnel.

- Réaction du corps à l'évènement traumatique :

Je vais résumer simplement ce qui se passe dans le corps lors d'un évènement traumatique (M.Salmona 2013<sup>65</sup>, N.Duriez 2016<sup>66</sup>). Cet évènement n'étant pas acceptable pour le corps, il va y avoir une décharge très importante d'adrénaline et de cortisol. Seulement, ces hormones étant sécrétées en trop grande quantité, le corps pourrait en mourir, afin d'éviter cela, l'amygdale et l'hippocampe du cerveau vont disjoncter (c'est à ce moment-là, que la personne peut être sidérée). Il faut savoir qu'habituellement l'hippocampe classe les informations dans l'ordinateur (qu'est le cerveau), ce qui devient une mémoire autobiographique. A cause de la disjonction, il n'a pas pu ranger les informations. Il va donc rester un message d'alerte dans un coin de l'ordinateur. Au moindre bruit, image, évènement, etc. qui rappelle l'évènement traumatique, ce message va être encore plus présent en amenant des signes d'angoisse, de sidération, etc. La personne peut avoir conscience que c'est en lien avec ce qu'elle a vécu, mais ce n'est pas toujours le cas.

Selon JB. Dumonteix <sup>67</sup> les traumatismes subis avant l'âge adulte favorisent l'apparition d'une addiction. L'enfant est habituellement protégé par les aînés et les adultes. Une agression de la part de l'un d'entre eux va détruire « *les repères que l'enfant avait dans le tissu relationnel familial* <sup>68</sup> ».

- Sont répertoriés deux types de traumatismes :

1. Les traumatismes dits « simple » (de type I)

Ces traumatismes surviennent suite à un évènement traumatique unique. Les troubles causés sur le corps sont appelés : état de stress post-traumatique (ESPT en français). C'est un trouble

---

de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles, problématiques. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p65-81, p69

<sup>65</sup> Salmona M. 2013. Le livre noir des violences sexuelles. Paris : Dunod

<sup>66</sup> Duriez N. (2016). Addiction sexuelle, conduites dissociantes et rétablissement. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p47-64

<sup>67</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p295

<sup>68</sup> Duriez N. (2016). Addiction sexuelle, conduites dissociantes et rétablissement. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p47-64, p 50



anxieux qui apparaît suite à l'événement. Il se présente sous forme d'un état de peur intense, une agitation ou une sidération, et il peut aller jusqu'à un état de dissociation.

L'état de stress post-traumatique (d'après Jean-Michel Sigward<sup>69</sup>) se caractérise par :

- Des troubles anxieux invalidants survenant :
  - De façon immédiate ou différée, après exposition à un événement violent, inattendu et perçu comme une menace vitale,
  - Une peur intense de mourir, sentiments d'horreurs, d'impuissance.
- L'effraction submerge les capacités d'intégration psychique et affective et induit :
  - Des troubles dissociatifs : torpeur, détachement, dépersonnalisation...
  - Des symptômes intrusifs : événement constamment revécu,
  - Un évitement des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme,
  - De l'anxiété, des troubles de la concentration, de l'irritabilité, une activation neurovégétative, une hypervigilance.
- La permanence des troubles compromet l'intégration sociale et favorise les comorbidités.

Si les symptômes perdurent au-delà de trois mois on parle d'ESPT chronique. Ce qui est défini par quatre critères :

1. Un événement traumatique,
2. Des reviviscences,
3. Des stratégies d'évitement et
4. Des réactions neurovégétatives.

## 2. Les traumatismes dits « Complexes » (de type II)

Les traumatismes de type II ou « complexes » peuvent aussi déclencher des ESPT. Ceux-ci évoluent sur des longues durées, parfois depuis l'enfance. Ce peut être le cas pour des personnes ayant subi de la maltraitance dans l'enfance, de l'inceste, des humiliations, etc. ou à l'âge adulte : de la violence conjugale, des violences répétées, etc.

Cela porte profondément atteinte à l'estime de soi ainsi qu'à la mémoire, la relation au corps et à l'autre. Les systèmes cognitifs sont aussi altérés.

Nous retrouvons les mêmes troubles et symptômes que pour les traumatismes de type I.

---

<sup>69</sup> Sigward JM. 2006 Conduites addictives et événements traumatiques, in Jehel L. Lopez G. et al., Psychotraumatologie : évaluation, clinique, traitement, Paris, Dunod, 2006. In Morel A., Couteron JP, Fouilland P. (sous la dir.) 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod, p208

La symptomatologie décrite lors d'ESPT (Herman, 1992<sup>70</sup>) est celle d'une dérégulation des émotions et de la conscience (qui peut mener à une dissociation), des troubles psychosomatiques, des idées suicidaires, de l'impulsivité, des conduites à risques, une relation au monde insécurisante et des rapports aux autres marqués par la dépendance.

Les addictions constituent le plus souvent un moyen de lutter contre ces perturbations et notamment les troubles du sommeil ou l'hypervigilance anxieuse.

Même si le bien-être créé par le passage à l'acte diminue avec l'habituation du corps, cela reste tout de même « une promesse » de soulagement et il y a toujours une valeur de « coupe-circuit » immédiat de la souffrance interne. Il faut en tenir compte lors de la prise en charge de la personne, parce que le sevrage reviendrait à priver le sujet de sa source d'apaisement. Il faut donc lui donner des solutions immédiates contre l'angoisse destructrice qu'il vit.

- Traumatismes sexuels et addiction

Suite à un évènement traumatique directement en lien avec la sphère génitale, plusieurs réactions dysfonctionnelles sont possibles :

- Recherche de l'amour et de la sécurité affective avec la croyance qu'il faut tout accepter sur le plan sexuel pour avoir le droit à de l'amour,
- Refermer son corps, pas d'érection pour l'homme, pénétration impossible, certaines femmes auront une sexualité mais n'arriveront pas à avoir d'orgasme.
- Multiplier les quêtes de séduction en rejetant au moment d'avoir une relation sexuelle ou de s'engager. L'autre est considéré au même titre que l'auteur des violences, cela peut être conscient (par vengeance) ou inconscient. D'autres vont pratiquer du sexe avec violence pour se « mettre à la place de l'auteur » ils cherchent à renverser le cours des choses. C'est ce que les psychiatres M.Valeur et J-C Matysiak qualifient de « *dette inversée*<sup>71</sup> ».

---

<sup>70</sup> Herman J., Trauma and recovery, New York, Basic Books, 1992. In Morel A., Couteron JP, Fouilland P. (sous la dir.) 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod, p209

<sup>71</sup> Valeur M., Matysiak J.C., Les nouvelles formes d'addiction, Flammarion, 2004 in Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p192

- La multiplication de conduites dégradante, souvent nous retrouvons des personnes qui ressentent un fort dégoût d'elles-mêmes (plus envers elle-même qu'envers l'agresseur). C'est le cas du jeune HSH dont je parlais précédemment qui venait dans une association de lutte contre le VIH. Il avait beaucoup d'aversion envers lui-même, et pour rendre son corps « encore plus sale », il participait à des gangs bang, sur des plages par exemple où les hommes passaient les uns après les autres pour le sodomiser sans préservatif.

- La conduite addictive peut aussi avoir une « *fonction d'évitement de situation anxiogène*<sup>72</sup> ». Elle « *remplacerait l'incertitude des relations humaines par le déroulement prévisible d'une séquence comportementale*<sup>73</sup> »

- Nous pouvons aussi retrouver des personnes qui ont des troubles du schéma corporel. En effet, pour certaines victimes, c'est comme si leur corps s'était désensibilisé pour ne plus souffrir des agressions répétées. « *L'hypoesthésie, voire l'anesthésie, de certaines régions du corps entraîne des difficultés d'intégration d'informations sensibles et peut expliquer les sensations d'étrangeté de ces parties du corps et les conduites d'hyperstimulation. Ce trouble du schéma corporel post-traumatique, qui associe une sensation d'étrangeté de certaines parties du corps et des difficultés d'intégration de l'information sensitive, évoque une asomatognosie.*<sup>74</sup> »

La sidération vécue par la victime lors d'une agression sexuelle peut faire croire à son être que l'excitation qu'il ressent est la sienne, alors qu'il s'agit en fait de l'excitation de l'agresseur. Par la suite, lorsque le système physiologique se remet en marche, se sont insinués dans son esprit les relations de cause à effet suivantes : « *mon excitation découle de mon désir. Les actes sexuels répondent à mon désir et décharge mon excitation, mais je me sens sale. Je suis coupable*<sup>75</sup> ».

## **b. Les facteurs de vulnérabilité sociétaux**

---

<sup>72</sup> Peele, S., Brodsky, A 1975. Love and addiction. New York, NY :Taplinger. In Bacherot E (2013) Au commencement était le trauma...L'addiction sexuelle. *Sexualités humaines*, n°18, p32-40, p34

<sup>73</sup> Bacherot E (2013) Au commencement était le trauma...L'addiction sexuelle. *Sexualités humaines*, n°18, p32-40, p35

<sup>74</sup> Rohart V., Pascuttini F, Journiac K. (2016). Expérience *dys-incarnantes* et addictions au féminin. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p141-155, p147

<sup>75</sup> Bacherot E (2013) Au commencement était le trauma...L'addiction sexuelle. *Sexualités humaines*, n°18, p32-40, p36

#### ❖ Société de l'individualisme

Le mode de fonctionnement de l'indépendance est majoritaire dans notre société, nous sommes moins contraints de se soumettre à une appartenance sociale, familiale, culturelle, voire traditionnelle. « Cette « individualisation » du rapport à soi et aux autres remet plus particulièrement en question les structures et institutions constituant traditionnellement des lieux de socialisation et de transmission (famille, école, armée...).<sup>76</sup> » La famille tient une place moins importante dans la vie d'adulte qu'au siècle dernier. Pour chercher du travail qui nous plait et/ou à la hauteur de nos compétences, on est prêt à s'éloigner de sa famille et ses proches et c'est au risque de l'isolement. Ceci ne va pas en la faveur des personnalités vulnérables.

#### ❖ La société de l'instantanéité et de consommation

« Les nouvelles technologies apportent instantanéité et mobilité, affranchissant l'homme des contraintes de l'espace et du temps. [...] Avec le téléphone portable et l'extension des possibilités d'accès Internet, on peut communiquer, obtenir des informations ou consommer en tous lieux et à toute heure. Immédiateté et instantanéité s'imposent dans le nouveau rapport au temps et à l'environnement, ce dont témoigne notamment le raccourcissement toujours plus accentué des délais d'attente entre l'apparition d'un besoin/désir et sa satisfaction.<sup>77</sup> »

Tout étant rapide, pour certaines personnes, tout devient un dû qui doit être rapide, pas le temps de séduire, de se connaître qu'il faut déjà une relation sexuelle, certains ne supportent pas ce passage là et vont aller au plus rapide comme l'escorte.

De plus, cette société est davantage orientée vers le bonheur individuel, elle prône le bien-être personnel, l'individualisme... « Désormais, la recherche du plaisir maximal, la jouissance instantanée, l'accès à un confort illimité constituent des préoccupations quotidiennes légitimes et même valorisées, savamment entretenues par le système de consommation capitaliste. Cette obsession contemporaine s'appuie sur des mécanismes de stimulations sensorielles et intellectuelles extrêmement puissants, caractérisés par la sur-socialisation, l'insatisfaction permanente, l'instantanéité et l'intensité.<sup>78</sup> » C'est ainsi que l'on prône le « couple jetable », tout doit être parfait, « je dois être heureux-se, si tout n'est pas parfait avec mon-ma partenaire

---

<sup>76</sup> Chambon J. et Couteron JP Morel A., (sous la dir.) Couteron JP, Fouilland P. 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod, P78

<sup>77</sup> (sous la dir.) Couteron JP, Fouilland P. 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod p80,81

<sup>78</sup> (sous la dir.) Couteron JP, Fouilland P. 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod p80

j'en cherche un-e autre ». Nous prenons beaucoup moins de temps à essayer de régler les conflits dans un couple.

La sexualité n'échappe pas au modèle de l'hyperconsommation ; elle devient un objet de consommation comme un autre : l'addict peut choisir le corps qui sera le mieux, l'escorte « parfaite » qui acceptera ce que le consommateur a choisi... d'autres feront cette recherche dans le monde virtuel.

#### ❖ Société de la sexualisation

Dans notre société occidentale, la sexualité aussi devient un objet de consommation. En passant des corps dénudés sur les panneaux publicitaires ou la publicité à la télé. La publicité dénude la femme et la transforme en objet sexuel. L'offre de sexe sur internet y est démultipliée. Qui n'a jamais fait une recherche lambda où le moteur de recherche lui a proposé des sites X ? Cette surreprésentation des stimuli sexuels va participer à aggraver le problème de l'addiction pour la personne dépendante.

## **H. Les comorbidités**

Un certain nombre de personnes ayant une addiction sexuelle ont des comorbidités.

Selon M. Lagadec<sup>79</sup> les comorbidités psychiatriques principalement sont :

- Des troubles anxieux et thymique,
- D'autres conduites addictives :
  - Alcool, psychotropes (42%)<sup>80</sup>
  - Troubles des comportements alimentaires (38%)
  - Travail (28%),
  - Achats compulsifs (26%)
  - Jeux (5%)

---

<sup>79</sup> Lagadec M. (2016). L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ? *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p11-27, p16

<sup>80</sup> ZELER A., Blogdunsexologue. Addictions, sexualité et addiction sexuelle [En ligne] (page consultée le 26/02/2019) <http://www.blogdunsexologue.com/cours-de-sexologie/les-dysfonctions-sexuelles/addictions-et-sexualite-addiction-sexuelle>

On retrouve aussi une prédominance :

- De traits d'impulsivité
- Du trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH).

Il existe également un risque plus important de conduites suicidaires.

Nous retrouverons aussi un nombre important d'infections sexuellement transmissibles liées à des rapports sexuels non protégés.

## I. Le couple et le ou la partenaire

JB. Dumonteix utilise le terme de co-dépendant pour parler du partenaire. « *Être co-dépendant, c'est être le copilote d'une voiture que le pilote ne maîtrise plus*<sup>81</sup>. »

### a. La place du couple

Le<sup>82</sup> partenaire a-t-il sa part de responsabilité dans l'addiction ?

Plusieurs recherches montrent un lien entre le comportement sexuel addictif et les difficultés sexuelles conjugales (Coleman, 1995<sup>83</sup> et Cooper, 2003<sup>84</sup>). Au vu de sa clinique, JB. Dumonteix<sup>85</sup> se positionne en faveur de la non-responsabilité du partenaire. Souvent l'addiction a débuté avant leur rencontre. Il affirme aussi que la dépendance n'a rien à voir avec l'amour que porte la personne addict pour son partenaire. Il semblerait que même si les difficultés dans le couple ont eu un impact sur la mise en place de l'addiction, il y avait déjà un terrain prédisposant. Il est cependant important de ne pas chercher à faire porter la culpabilité à qui que ce soit.

---

<sup>81</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p223

<sup>82</sup> Pour simplifier la phrase, je vais parler au masculin, mais il est clair que je parle des hommes et des femmes.

<sup>83</sup> Coleman E., « Treatment of compulsive sexual behavior », in Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob, p184

<sup>84</sup> Cooper A. L., Marcus I.D., « Men who are not in control of their sexual behavior » in Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob, p184

<sup>85</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p223

Il arrive que l'addiction apparaisse suite à des dysfonctionnements dans la relation de couple et la sexualité. Le couple a pu s'enliser dans la routine, perdre la sphère couple et amants au détriment de la sphère parentalité. Il peut y avoir un manque de tendresse, d'intimité, etc. Il arrive aussi de retrouver des dysfonctions sexuelles. C'est ainsi que l'on peut retrouver, par exemple, un homme qui n'a plus d'érection avec sa femme qui est anorgasmiques et qui ne souhaite pas de fantaisie dans la sexualité.

Il est donc important de questionner l'histoire du couple et de la sexualité dans le couple

### **b. La place du partenaire**

Lorsque l'on accompagne une personne qui a une addiction, il faut prendre en compte le partenaire.

Celui-ci peut ressentir beaucoup d'incompréhension de la situation, se sentir coupable, il va se poser beaucoup de questions, « depuis quand ça dure ? », « qu'ai-je fait ? ». Les réactions fréquentes sont la baisse de l'estime de soi, la culpabilité, la honte, la perte de confiance envers le partenaire et cela peut aller jusqu'à la dépression.

Mme Blond me disait que lorsqu'elle imaginait son mari regarder des pornos, elle se sentait rejetée. Par la suite, elle avait l'impression que quand ils faisaient l'amour, c'était comme dans les vidéos, qu'il ne se préoccupait pas de son plaisir à elle et qu'il n'y avait plus de préliminaire. Face aux images de la pornographie, les femmes peuvent ressentir un malaise, du dégoût et réveiller des blessures narcissiques. Elles peuvent se sentir laides et difformes face à ces corps « parfaits ». C'était le cas de Mme Blond, belle femme sportive de 50 ans, elle se sentait trop vieille, pas assez parfaite par rapport aux femmes des pornos, elle ne voulait donc plus être sur son mari lors des relations sexuelles car elle disait que ses seins retombaient trop. *« L'imaginaire est alors colonisé par le spectacle de ces femmes tellement différentes d'elle-même, par ces vulves géantes haletantes et ces pénis démesurés. Confusion et aversion se mêlent. [...] Non plus femme singulière, mais objets sans valeur. Le trop de réalité et la désublimation.<sup>86</sup> »* Le regard du partenaire sur le dépendant change. En effet, le sex addict perd son potentiel érotique voir même il peut amener de l'écœurement, du dégoût. Le désir et le rapport aux corps (son propre corps et celui du dépendant) sont affectés.

---

<sup>86</sup> Camincher A. (2018) La pornographie du XXI<sup>e</sup> siècle : désirs secrets, exutoire ou fracas ? *Sexualités humaines*, n°38, p19-26, p25

## II. Quel accompagnement ?

James témoigne « *prendre conscience de cette maladie, c'est vraiment répugnant. On a un statut de sous-homme pour la société, de pervers ou de drogué<sup>87</sup>.* »

Le sujet dépendant passe par plusieurs stades (JB Dumonteix 2013<sup>88</sup> ; C. De Saint Aubert, F. Sgard 2013<sup>89</sup>) :

- Le plaisir, la routine, les habitudes addictives,
- Ensuite vient le principe de réalité : un événement ou une personne de l'entourage (professionnel ou personnel) signale le problème, autrement appelé la pré-contemplation ; mais la personne dépendante est dans le déni
- L'événement clé qui va mettre au grand jour l'addiction : un SMS, e-mail, un acte manqué... et faire basculer du déni à l'acceptation ; période de contemplation
- La phase de choix, ou préparation : continuer, arrêter ou diminuer les comportements addictifs ? Comment ?
- L'action ; le chemin vers le rétablissement,
- Le maintien
- Et le sujet passera souvent par des phases de « rechute »

Il est important de respecter le temps dont a besoin le sujet. Si le thérapeute essaye d'aller trop vite, le patient résistera ou arrêtera la thérapie. D'autant plus que la sexualité est inhérente dans la vie, ce qui représente un obstacle au rétablissement. Il va donc falloir apprendre à faire différemment. Je vous proposerai donc de définir chacune de ces étapes puis nous verrons plus en détail comment accompagner le patient en fonction du stade où il se situe.

---

<sup>87</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p256

<sup>88</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p159

<sup>89</sup> Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p52 -58



## **A. Les étapes dans la thérapie**

Deux anglo-saxons Prochaska et DiClemente (1988<sup>90</sup> ; 1992<sup>91</sup>) ont développé le modèle transthéorique des changements. A chaque étape de l'accompagnement, la personne addict réagit différemment et est plus ou moins prête à avancer. Bien évidemment il y a des allers-retours possibles entre ces différents stades. Cette partie est écrite essentiellement selon les textes de C. De Saint Aubert et F. Sgard (2013<sup>92</sup>). Je vous proposerai pour chaque étape un résumé des croyances et attitudes du patient<sup>93</sup> ainsi que l'attitude et le rôle que peut avoir le thérapeute à ce moment-là. Je détaillerai plus l'accompagnement que peut proposer le thérapeute dans les parties suivantes.

### **a. La pré-contemplation**

#### ❖ Attitude et croyances du patient à ce stade :

A ce stade, la personne ne fait pas le lien entre l'addiction et les expériences désagréables qu'il peut vivre. Par exemple, sa femme tombe sur un message échangé avec une escorte, il attribuera cela au manque de chance plutôt qu'à l'addiction elle-même.

#### ❖ Attitude et rôle du thérapeute à ce stade :

Le changement est possible mais souvent, il ne dure que le temps que la pression est maintenue. Le projet thérapeutique étant non désiré, le thérapeute risque de créer ou renforcer les résistances au changement.

Les objectifs du thérapeute vont donc être de donner envie de revenir en installant une relation de confiance en étant à l'écoute. Il se positionne comme une personne disponible, sans jugement et qui laisse le patient décider ce qui est bon pour lui ou pas. La personne ayant l'impression que son comportement est anodin, il va falloir semer un doute.

---

<sup>90</sup> Prochaska et DiClemente. 1988 Toward a comprehensive model of change *In* De Saint Aubert C., Sgard F., Graziani P. Romo L. et al. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p52

<sup>91</sup> Prochaska et DiClemente. 1992 In search of how people change : application to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1115-1123 *In* De Saint Aubert C., Sgard F., Graziani P. Romo L. et al. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p52

<sup>92</sup> De Saint Aubert C., Sgard F., Graziani P. Romo L. et al. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p52

<sup>93</sup> Dans cette partie, je vais essentiellement utiliser le terme : « le patient » au masculin pour faciliter la lecture, il en va de soi qu'il pourrait être utilisé au féminin.

## **b. La contemplation**

### ❖ Attitude et croyances du patient :

Le patient n'a pas encore la capacité à s'engager dans l'action nécessaire mais peut envisager un changement dans les six mois à venir.

Parfois, il peut commencer à essayer de contrôler son addiction ce qui peut lui donner l'envie d'arrêter.

### ❖ Attitude et rôle pour le thérapeute :

A cette étape, le thérapeute, valide auprès du patient le caractère « normal » de la contradiction dans laquelle il se trouve.

Un travail sur la confiance en soi est effectué.

## **c. La préparation**

### ❖ Attitude et croyances du patient :

A ce moment, le patient projette un changement dans le futur proche (dans les 30 jours à venir selon les auteurs). Il est prêt à passer à l'action et effectue déjà des changements.

### ❖ Attitude et rôle du thérapeute :

Il aide à définir les objectifs. A ce moment il est important de rassurer le patient qu'il y a des moyens possibles pour atteindre son objectif. Il est intéressant d'apporter des informations sur la théorie de l'addiction et sur la thérapie.

## **d. L'action**

### ❖ Attitude et croyances du patient :

À ce stade il souhaite une vie différente et change petit à petit son style de vie. Il remplace ses comportements addictifs par des comportements plus adaptés, fait de nouvelles expériences...

« [II] met en œuvre des changements importants dans son comportement et dans son environnement pour résoudre ses problèmes<sup>94</sup>. »

❖ Attitude et rôle du thérapeute :

Cette période est propice aux apprentissages essentiels afin de tendre à une vie plus satisfaisante sans le comportement addictif. C'est aussi le moment de la thérapie et du travail sur soi.

#### **e. Le maintien**

❖ Attitude et croyances du patient :

Les nouveaux comportements deviennent des automatismes, commencent à être de nouvelles habitudes. Cette phase peut durer plusieurs mois voire toute la vie (P. Graziani et L. Romo, 2013<sup>95</sup>).

❖ Attitude et rôle du thérapeute :

Les thérapies se poursuivent, elles peuvent chercher à résoudre les difficultés comorbides toujours présentes (troubles anxieux, dépression...).

#### **f. La « rechute »**

❖ Attitude et croyances du patient :

Comme je l'ai dit en introduction de cette partie, le patient peut faire des allers-retours entre ces différents stades. C'est ce qu'il se passe lorsqu'il consomme à nouveau. Cela ne signifie pas pour autant que c'est définitif. Tout ce qu'il a déjà commencé à mettre en place, le travail thérapeutique, ont tout de même été des pas en avant pour lui. Pour beaucoup de patients, il va falloir plusieurs retours en arrière avant que les changements soient durables. Selon C. De

---

<sup>94</sup> De Saint Aubert C., Sgard F., Graziani P. Romo L. et al. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p56

<sup>95</sup> De Saint Aubert C., Sgard F., Graziani P. Romo L. et al. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p54

Saint Aubert et F. Sgard « *chaque tentative constitue un apport d'expérience et d'information qui donnent à la tentative suivante les plus grandes chances de réussite*<sup>96</sup> ».

❖ Attitude et rôle du thérapeute :

Si le retour à la consommation se produit, le thérapeute va devoir travailler à nouveau sur la motivation au changement. C'est le moment de rappeler des informations importantes qui permettent de mieux comprendre le problème.

Voyons maintenant plus en détails chacune de ces étapes.

## **B. La pré-contemplation / évaluations**

### **a. Quel accompagnement ?**

On constate que les personnes qui ont une addiction à un comportement sexuel ne viennent pas facilement en consultation. Ce peut être parce qu'ils sont dans le déni, parce que parler de la sexualité rajoute un tabou sur le mal-être initial ou encore parce qu'ils ont du mal à accepter qu'ils sont dépendants, etc. Il faut souvent un facteur déclenchant pour qu'ils viennent, qui peut être la-le partenaire ou une souffrance physique (un incident sur le corps ou une maladie).

Un certain nombre veulent « se rétablir » et garder le comportement sexuel (objet de l'addiction). Ce qui est à savoir c'est qu'il n'est pas possible de guérir si l'on conserve une sexualité engendrée par la pulsion. La personne va conserver une sexualité (heureusement), mais ce qui est important c'est qu'elle prenne en compte le caractère humain du ou de la partenaire sexuel(le). Les dépendants sexuels utilisent trop souvent les partenaires comme des objets de satisfaction immédiate.

La personne ayant l'impression que son comportement est anodin, le rôle du thérapeute sera de semer un doute. Pour cela, le thérapeute peut proposer des échelles pour que le patient se situe sur la base de références (nous y revenons dans la sous-partie suivante). Un bilan

---

<sup>96</sup> De Saint Aubert C., Sgard F., Graziani P. Romo L. et al. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p58

complet pour les IST peut être envisagé si le comportement sexuel addictif représente un risque pour la santé (ex : l'absence de préservatif).

On n'aura jamais assez de le répéter, le thérapeute se doit d'être à l'écoute du patient et il se doit d'accepter son ambivalence.

Sont à explorer :

- Les habitudes du patient,
- L'état de la situation telle qu'elle est perçue dans le présent,
- Les principales raisons qui motivent son comportement sexuel,
- Les attentes positives vis-à-vis du comportement
- Les émotions qui y sont associées...

Le thérapeute encourage à développer les propos du patient, ses contradictions ou les conflits internes exprimés (P. Graziani et L. Romo, 2013<sup>97</sup>). Aider la personne à percevoir que son comportement satisfait immédiatement son envie mais entrave la qualité de sa vie actuelle et/ou future.

Dans un premier temps, il est nécessaire qu'il mette son savoir de côté, ce n'est que plus tard qu'il pourra expliquer le fonctionnement de l'addiction et proposer des aides nécessaires. A ce moment, les arguments pour un changement ne doivent pas venir du thérapeute. Si le patient en propose, le thérapeute va pouvoir l'encourager à développer et à les tester. Même si le thérapeute en repère d'autres, il se doit de les garder pour lui.

## **b. Evaluation**

Comme nous l'avons dit précédemment, les échelles et/ou questionnaires permettent de confronter la personne au caractère problématique de son comportement. Par la suite, il sera possible de la refaire afin de permettre au thérapeute d'évaluer un changement et de valoriser le patient dans ses démarches. En effet un certain nombre d'entre eux ont tendance à minimiser les changements par manque d'estime de soi.

Des questions des Sex addicts Anonymous (2002<sup>98</sup>) sont utiles dans l'évaluation du trouble. Parmi ces questions, on trouve :

---

<sup>97</sup> De Saint Aubert C., Sgard F., Graziani P. Romo L. et al. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p54

<sup>98</sup> Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p180

- Vos besoins vous ont-ils conduit à des relations sexuelles dans des lieux, des situations ou avec des personnes que vous n'auriez pas normalement choisis ?
- Chaque nouvelle relation continue-t-elle à présenter le même schéma destructeur qui vous avez conduit à quitter la relation précédente ?
- Cherchez-vous à dissimuler à vos proches vos pratiques sexuelles ou amoureuses ? Menez-vous une double vie ?

Afin d'évaluer le trouble plus précisément, il existe des échelles plus précises. D'autant plus que cette dernière est réductrice. Les plus connues sont :

- Celle de Carnes qui comporte 25 questions où il faut répondre par oui ou non
- L'échelle de comportement sexuel compulsif de Coleman 10 questions où l'on répond aussi par oui ou non.

Je préfère *l'Inventaire des Comportements Sexuels Compulsifs* (SAST) de M.H. Miner<sup>99</sup>(2007). Il est possible d'en trouver différents sur internet ayant le même nom mais je préfère celui qui a été traduit par Karila. Il comporte 22 questions auxquelles il faut répondre entre cinq critères allant de « jamais » à « très fréquent ». J'en ai créé une autre, reprenant le SAST en y ajoutant deux questions venant du questionnaire de Carne. Vous trouverez ces quatre échelles en annexe.

D'autres questions peuvent être posées plus régulièrement pour voir où en est le patient :

- A quel point avez-vous l'impression que le comportement est résolu ou maîtrisé depuis une semaine ? entre 0 et 100%
- Combien de fois avez-vous réalisé le comportement sexuel problématique au cours de la dernière semaine ?
- Combien de temps avez-vous consacré au comportement sexuel problématique au cours de la dernière semaine ?
- Combien d'argent avez-vous consacré au comportement sexuel problématique au cours de la dernière semaine ?

---

<sup>99</sup> Traduit par L.Karila et C.Rubio (2015) in Karila L. 2016. Votre Plaisir vous appartient, le guide de la sexualité 2.0. Saint Ouen : Flammarion, p174

## C. La contemplation

A ce stade le patient devient ambivalent, il commence à se rendre compte de certains effets de l'addiction, à hésiter à modifier un peu son comportement mais il n'est pas encore prêt à faire changer les choses. Voici des pistes d'accompagnement pour le thérapeute. En général, sur la fin de ce stade le patient lui-même commencera à essayer à diminuer le comportement problématique.

### a. L'entretien motivationnel

A ce stade-là, le thérapeute va pouvoir utiliser l'entretien motivationnel (méthodes et techniques proposées par Miller et Rollnick, 2006<sup>100</sup>). Il doit toujours respecter le libre choix du patient et ses décisions, c'est cela qui va permettre de créer une alliance avec lui.

Il est important de ne pas étiqueter le comportement du patient, c'est à lui d'élaborer les autour de ce qu'il met en place, comment il perçoit cela. Pouvoir reformuler ce qu'il dit, va permettre de contourner les résistances qu'il peut avoir et cela lui montre que le thérapeute peut se représenter ce qu'il vit, ressent ou pense.

La méthode peut être résumée par l'Acronyme OUVÉR (Miller et Rollnick 2006<sup>101</sup>)

- questions OUvertes,
- Valorisation,
- Ecoute réflexive,
- Résumé.

Les questions ouvertes encouragent à verbaliser. Il est important de valoriser les ressources du patient ainsi que les efforts qu'il fait. Cela permet d'augmenter la confiance en lui et de montrer que le thérapeute a confiance en ses capacités.

L'écoute réflexive passe par la reformulation, qui peut être :

- Neutre : reformulation simple qui permet de se sentir écouté,

---

<sup>100</sup> Miller, Rollnick 2006 L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. InterEditions-Dunod *In* Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p49

<sup>101</sup> Miller, Rollnick 2006 L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. InterEditions-Dunod, p80 *In* Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p50

- Amplifiée : reformulation en grossissant le trait pour aider le patient à percevoir le décalage entre sa perception et la réalité.
- Double reflet : reformulation de deux éléments dits par le patient à deux moments différents qui sont en contradiction<sup>102</sup>.

### **b. Présent VS futur**

Le thérapeute peut inviter le patient à mener des réflexions autour de la place occupée par l'addiction dans sa vie. Pour cela, il peut dessiner un camembert avec des « parts » pour chacune de ses activités et ainsi, voir la place que prend l'addiction. S'il est réceptif à cela, il peut aussi faire un camembert représentant ce qu'il souhaiterait. Il peut lui proposer de comparer sa situation présente à ses habitudes et aspirations. Il peut être invité à s'imaginer son futur sans changement et son futur avec changement (avec les avantages et inconvénients pour chacun). Pour cela, il peut faire deux tableaux avec deux colonnes :

- Continuer le comportement sexuel compulsif : avantages et inconvénients
- Arrêter le comportement sexuel compulsif : avantages et inconvénients

Il peut comparer les raisons qu'il a à modifier son comportement, à l'arrêter ou le contrôler. Seront identifiés aussi les craintes qui peuvent être liées à ces changements. Il peut y avoir une peur d'arrêter le comportement car cela représenterait une perte de contrôle. C'est lui qui détermine ses propres buts et le thérapeute peut l'aider à cela, tout en sachant que cela peut évoluer avec le temps.

### **c. Confiance en soi et ressources**

Tout au long de l'accompagnement, il est important de redonner confiance en soi à la personne. Cela passe par des remarques régulières qui lui montrent les compétences qu'elle a en elle et dont elle n'a pas toujours conscience. Il est aussi possible de travailler à partir d'expériences antérieures pour qu'elle trouve ses propres ressources. Si elle a déjà arrêté, il est possible de voir avec elle ce qu'elle avait mis en place tout en la valorisant.

---

<sup>102</sup> Il existe d'autres formes d'écoute réflexive, qu'il est possible de trouver dans les livres : Miller, Rollnick 2006 L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. InterEditions-Dunod, et Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p50



#### **d. Représentations de son comportement**

Un exercice peut être proposé au patient : il note les 10 mots qui lui semblent les plus représentatifs de son comportement problématique (comportement, santé, motivation, coût en temps, coût en argent, émotion, pensée, conséquences négatives, en relations, problèmes au travail...)

#### **e. Connaissance de soi**

Afin que le patient se connaisse mieux, il est important de consacrer un temps à discuter de différents thèmes. Ils peuvent être abordés durant ce stade et en fonction de l'avancement du patient dans sa détermination à changer, ils pourront aussi être abordés plus tard. Ces items viennent en parti du travail de FX. Poudat<sup>103</sup> :

- Le thérapeute accompagne le patient à rechercher l'histoire du symptôme addictif depuis l'enfance.
- Les hypothèses faites par le patient pour expliquer son trouble.
- Ce qu'apporte les moments de vide, qu'est-ce que cela créé chez le patient ?
- Le désir insatisfait ou le plaisir mis en attente,
- Quel rôle prend la sexualité, la relation affective et amoureuse dans sa vie ? Réflexion sur un moyen d'épanouissement et d'autonomisation de soi et de l'autre, ou un but systématique et/ou comme « médicaments » pour ses propres malaises.

*« Être capable de parler de ce dont on a honte  
est une étape décisive vers la guérison. <sup>104</sup> »*

JB Dumonteix

---

<sup>103</sup> Lopès P., Poudat FX Dir. 2013. Manuel de sexologie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, p210

<sup>104</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p91

## **D. Préparation et psycho éducation**

A ce stade le patient choisi de prendre le comportement problématique en main, mais il lui faut un temps encore avant de passer à l'action (environ un mois).

Cependant, si le comportement addictif est trop massif ou qu'il y a une trop forte angoisse, il semble que ce soit compliqué de s'engager dans une psychothérapie. C'est pourquoi un traitement pour apaiser les symptômes anxieux les plus invalidants est envisageable comme traitement anxiolytique et antidépresseur. Il est évident que le thérapeute peut le proposer en amont dans la prise en charge en fonction de la réceptivité du patient. Si le thérapeute n'est pas psychiatre, il est fortement intéressant de travailler en collaboration avec des médecins. Cela passera aussi par une aide psycho-éducative que nous allons détailler par la suite.

### **a. La psychoéducation**

C'est le moment d'expliquer le fonctionnement du cycle addictif que nous avons vu dans la partie théorique de ce document. Le thérapeute va pouvoir expliquer de façon théorique pourquoi il y a utilisation d'un comportement sexuel (apaiser une tension interne, oublier, éviter une situation de souffrance, s'auto-punir, remplir un vide, s'affirmer, rechercher des sensations fortes, etc.). Le patient pourra ainsi se reconnaître dans un ou plusieurs éléments. Il va falloir insister sur le fait que le comportement addictif apporte du positif à très court terme, que la suppression entraînera aussi du négatif à court terme et que la re-consommation (les « rechutes ») seront possibles. Elles peuvent être moins importantes et moins longues mais il faut appuyer sur le fait que cela fait partie de l'arrêt ou de la diminution de la consommation. Et il est important de rassurer que le thérapeute sera toujours présent dans ces moments-là. Le thérapeute expliquera aussi le fonctionnement et la place des pensées automatiques (les ruminations, les croyances inconscientes...)

Il va devoir aussi expliquer que l'histoire personnelle comme les comorbidités, les traumatismes, l'insécurité affective, la place de la sexualité, etc. ont une place importante dans la mise en place et le maintien de l'addiction.

Il va falloir expliquer aussi qu'il faudra qu'il en parle à l'entourage. Cela signifie enrayer le cycle du mensonge. *« Plus les mensonges s'accumulent, plus l'écart grandit entre celui qui ment et ceux qui reçoivent le mensonge. Oser dire l'indicible, c'est osé se prendre en charge, assumer*

*ses actions et les conséquences qui en découlent.*<sup>105</sup> » Comme ce ne sera pas une nouvelle facile à accepter il faudra que le patient prenne des précautions. En effet, il ne faudrait pas que le-la partenaire le quitte avant qu'il ait tout expliqué. Si le couple est solide, il faudra ensuite du temps et beaucoup d'échanges pour rétablir la confiance mais la relation s'en trouvera renforcée (le sujet est abordé plus en détail par la suite).

A ce stade, on va pouvoir aussi donner des éléments sur la thérapie.

Il est aussi possible d'utiliser la métaphore de l'ornière du psychiatre Daniele Zullino<sup>106</sup> ce qui permet d'avoir accès à l'inconscient plus facilement.

Le chemin du plaisir est une voie et comme un chemin routier, elle se creuse au fil des passages de véhicules (surtout les poids-lourds, c'est-à-dire les substances et expériences aux effets les plus intenses). Des ornières peuvent y apparaître pour deux types de raisons qui peuvent se combiner : la multiplicité et l'intensité des passages (c'est-à-dire la fréquence des consommations) et la friabilité du sol (c'est-à-dire la vulnérabilité biologique est génétique). Cela permet de comprendre, par exemple, l'addiction au porno qui s'installe au fil de l'habitude de regarder un porno de façon quotidienne en quantité plus ou moins importante. Ou d'addiction de personnes qui plongent dans des ivresses de chemsex le week-end et qui ont du mal à trouver des satisfactions autrement qu'en recherchant un effet brutal. « *Les uns passent tous les jours sur le chemin en 4 x 4, les autres toutes les semaines en poids-lourd mais le résultat est le même. Dans les deux cas, l'ornière se creuse, cela signifie que le sujet doit faire beaucoup plus d'efforts pour changer de voie de satisfaction, comme un véhicule a des difficultés à sortir ses roues des ornières qui sont devenus de véritables rails. La prise de produit devient la seule voie d'apaisement avec un résultat à chaque fois plus incertain. À moins que l'on arrête d'y passer des véhicules lourds et que l'on mette le remblai nécessaire pour boucher ses ornières et permettre d'autres passages.*<sup>107</sup> »

---

<sup>105</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p279

<sup>106</sup> Morel A., Couteron JP, Fouilland P. (sous la dir.) 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod, p197-198, p197

<sup>107</sup> Morel A., Couteron JP, Fouilland P. (sous la dir.) 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod, p197-198

## **b. Les objectifs du projet thérapeutique**

Le thérapeute aide le patient à s'inscrire dans un projet thérapeutique. Pour cela, il va le rassurer en lui assurant qu'il existe des moyens qui peuvent l'aider. Il va aussi l'accompagner à définir l'objectif final et les objectifs intermédiaires. Il faut bien évidemment qu'ils soient atteignables, ils ne doivent être ni flous ni idéalisés. Ils doivent être concrets, réalisables et spécifiques. Ce sont bien évidemment les objectifs du patient et non du thérapeute ou du partenaire. On va pouvoir lui proposer d'imaginer concrètement sa vie quotidienne sans l'addiction. Un exercice de la psychologie positive qui s'appelle *le meilleur soi futur* propose : « *pensez à votre vie dans le futur. Imaginez que tout s'est passé aussi bien que cela se pouvait. Vous avez travaillé dur et réussi à accomplir l'ensemble de vos objectifs de vie. Pensez à ce que la réalisation de tous vos rêves de vie pourrait vous apporter. Maintenant, écrivez ce que vous avez imaginé.*<sup>108</sup> »

S'il y a un désaccord dans le couple concernant ces objectifs, il va falloir le travailler avec le/la partenaire. Il me semble important aussi de définir des objectifs concernant le comportement négatif mais aussi des objectifs « positifs », qui sont des gratifications, que le patient va pouvoir (re)mettre en place pour se sentir bien (ex : faire du sport, prendre plus de temps pour se faire des petits plats, etc.) d'autant plus qu'un certain nombre de patients sont inquiets de perdre l'objet d'addiction car ceci fait naître une peur du vide.

Bien-sûr lorsque l'on parle d'une dépendance à des comportements sexuels, en fonction de « l'objet d'addiction » on ne peut pas pouvoir parler d'arrêt total. Le patient va devoir choisir son propre « curseur sexuel ». Il va devoir le positionner entre une sexualité gratifiante et un excès pulsionnel. Ce sera plus évident pour lui de le positionner lorsqu'il se connaîtra plus, qu'il reconnaitra plus ses émotions. Il faudra qu'il puisse être capable de repérer s'il est en crise ou lorsqu'il choisit vraiment d'avoir un rapport sexuel. Il pourra vérifier si cela le fait souffrir ou non. S'il n'y a pas de souffrance, si le rapport sexuel est choisi et dans un cadre respectueux, alors le curseur est bien placé.

A ce moment-là, il est possible de proposer au patient un exercice en hypnose ou en relaxation guidée (Poudat et Lagadec, 2017<sup>109</sup>). Le thérapeute va pouvoir l'accompagner dans la

---

<sup>108</sup> King LA. 2001 The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 798-807 In Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p241

<sup>109</sup> Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob, p85

visualisation d'un tableau idéal qu'il pourra peindre ou dessiner, y mettre les personnages qu'il souhaite, et leur faire faire la vie qu'il souhaite. Cela permet de motiver pour le changement.

### **c. Les premiers petits pas proposés par le thérapeute**

FX Poudat<sup>110</sup> propose d'évaluer régulièrement où en est l'addiction. Le patient peut donc dire à quel point il a l'impression que le comportement est maîtrisé ou résolu depuis une semaine entre 0 et 100% ou la gravité de la problématique entre 0 et 10.

#### ❖ Que ressent le patient ?

Le thérapeute va permettre au patient de faire des liens entre la théorie et ce qu'il ressent. Il va pouvoir repérer les événements déclenchant, les situations à risque, les pensées qu'il a au moment de passer à l'acte. Il pourra ensuite réfléchir sur les conséquences, d'abord immédiates puis plus tardives. Le patient pourra aussi reconnaître la partie émotionnelle de sa personnalité. Avoir une meilleure connaissance des situations qui déclenchent des émotions va permettre de mettre en place des stratégies qui modifient le schéma.

Le patient sera amené à se poser des questions fondamentales (JB. Dumonteix, 2013<sup>111</sup>) :

- Est-ce que je prends du plaisir ?
- Est-ce que je souffre ?
- Comment savoir si je souffre ?
- Est-ce que je ne suis pas en train de me mentir ?
- Est-ce que je répète un schéma qui me dépasse ?

*« Rapidement, le patient sera satisfait de sa nouvelle capacité à penser, et verra de façon plus claire ses rituels de passage à l'acte. Lorsque la pulsion deviendra consciente, il saura la repérer et réfléchir aux causes de son déclenchement<sup>112</sup> »* par exemple, s'il va sur un site porno, *« il aura les armes pour prendre du recul en se posant les bonnes questions : « où suis-*

---

<sup>110</sup> Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob, p50

<sup>111</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p163

<sup>112</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p163

je ? Qu'est-ce que je ressens dans mon corps ? Qu'est-ce qui vient de se passer avant que j'aille sur ce site ? Y a-t-il quelque chose que je redoute et que je veux fuir ?<sup>113</sup> » Etc.

❖ Qu'a fait le patient lorsqu'il a fait autrement ?

Si le patient a déjà fait autre chose pour ne pas consommer lorsqu'il en aurait eu l'envie, on va pouvoir lui poser des questions précises. En sachant que s'il n'arrive pas à faire autrement, nous pouvons reporter cette partie au stade suivant.

Voici des exemples de questions ciblées (O. Phan, JP Couteron<sup>114</sup> 2013) :

- Quand le problème ne survient-t-il pas ?
- Qu'avez-vous fait alors pour que le problème ne survienne pas ?
- Quel a été votre rôle dans la non-survenue de ce problème ?
- Comment a réagi votre entourage quand le problème n'était pas là ?
- Qu'est-ce qui était différent dans ces moments-là (émotions, discours intérieur, contexte, relation) ?
- En quoi votre journée était-elle différente quand le problème n'était pas présent ?
- Avez-vous connu ces difficultés dans le passé et comment l'avez-vous résolu ?

❖ L'exercice du « comme si » proposé par G.Lambrette (2016)

Le patient a besoin de ré-enchanter son existence et en même temps construire une nouvelle façon d'agir, un nouvel environnement pour améliorer la qualité globale de sa vie.

L'exercice du « comme si » consiste à demander aux patients de prendre un temps tous les matins pour réfléchir et/ou écrire sur les différentes choses qu'il ferait dans la journée s'il allait un tout petit peu mieux. Ces activités ou actions doivent être accessibles, réalistes, et faisables. Le patient est invité à se projeter en imagination en train de le faire. Rien que le fait de l'imaginer est mobilisateur, imaginer ces « *actions nouvelles génère un potentiel enchanteur*<sup>115</sup> ». Plus, tard, il pourra prendre la plus petite des choses pour pouvoir la réaliser si c'est possible.

---

<sup>113</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p163

<sup>114</sup> Lopès P., Poudat FX Dir. 2013. Manuel de sexologie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, p216

<sup>115</sup> Lambrette G. (2016). Enchantement et désenchantement : processus d'entrée et de sortie de l'addiction. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p119-139, p129

« Cette tâche vise à créer une expérience émotionnelle correctrice consistant à améliorer la vie de la personne<sup>116</sup>. »

**Premier exemple :** Le thérapeute : « d'ici à notre prochain rendez-vous, je voudrais vous demander de réfléchir, tous les matins, pendant cinq minutes, à cette question : « aujourd'hui, si j'allais un petit peu mieux, si ce problème d'addiction prenait un peu moins de place dans ma vie, qu'est-ce que je ferais de différent, ou qu'est-ce que je recommencerais à faire qui pourrait m'apporter du plaisir ou une forme de satisfaction ? » Attention, il est important que ce à quoi vous songez soit accessible, faisable, réalisable dans le courant de cette journée ! Et comme le dit un proverbe, un voyage de 1000 lieues commence toujours par un premier pas, il est essentiel que vous imaginiez ses premiers petits pas afin d'éviter de brûler les étapes. Réfléchissez à cette question, noter les réponses, mais surtout ne faites rien encore. C'est probablement encore trop tôt. Mais l'idée est que vous puissiez d'une certaine manière ré-enchanter votre vie.<sup>117</sup> »

**Deuxième exemple :** le thérapeute : « j'aimerais vous demander quelque chose d'ici à notre prochain rendez-vous. Quelque chose qui, au premier abord, pourra vous paraître étrange et surprenant, mais auquel il est essentiel de penser. Si l'on ne sait pas toujours ce qu'il est utile de faire, il importe de savoir assez vite ce qui pourrait vous être nuisible. Aussi ma question sera la suivante : que devriez-vous faire si vous vouliez volontairement aggraver votre situation ? Que devriez-vous faire ou ne pas faire, dire ou ne pas dire, penser ou ne pas penser si vous souhaitez délibérément empirer votre situation et vous mettre dans les meilleures dispositions pour consommer ? Je vous demande bien évidemment d'y songer et de noter les réponses qui vous viennent. Pas de les faire. L'idée est que vous puissiez aller mieux. Nous sommes bien d'accord là-dessus. Mais, parfois, Il est essentiel d'identifier ce qui peut nuire à une situation et entraver les chances de succès. Donc notez. Et si jamais vous observez que dans la liste de choses qui pourrait aggraver votre situation, il y a des choses que vous faites « malgré vous » alors faites dans votre cahier un petit signe à côté de sorte que nous puissions voir les détails sur lesquels il nous faudra travailler.

Séance suivante : y a-t-il des choses que vous faites malgré vous et qui font partie de cette liste ?

---

<sup>116</sup> Lambrette G. (2016). Enchantement et désenchantement : processus d'entrée et de sortie de l'addiction. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p119-139, p127

<sup>117</sup> Lambrette G. (2016). Enchantement et désenchantement : processus d'entrée et de sortie de l'addiction. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p119-139, p128

*Patiente : M'isoler, ruminer et ce n'est pas bon pour moi je me suis alors remise à faire des choses, à revoir des gens, à sortir un peu...*

- *Avec quel effet ?<sup>118</sup> »*
- *Le temps passé sur les chates<sup>119</sup> a diminué de moitié.*

**Troisième exemple** inspiré par G.Lambrette<sup>120</sup> (2016) :

*Le thérapeute : d'ici au prochain rendez-vous je voudrais que vous fassiez deux choses. La première serait d'avoir un petit carnet que vous pourriez avoir toujours sur vous. Un petit carnet dans lequel je voudrais que vous notiez chaque fois que vous regardez un porno, mais avant de chercher le porno, je voudrais que vous vous posiez une et une seule question : est-ce que ce porno, celui que je vais regarder là maintenant, j'en ai vraiment envie ou est-ce juste une habitude ? « Est-ce juste une routine ou je sais qu'il m'apportera plaisir et satisfaction ? Aussi, je voudrais que vous preniez cinq minutes, tous les matins pour réfléchir à la question suivante : quelles sont les éventuels autres problèmes que je vais devoir traiter lorsque j'aurai repris le contrôle sur ma consommation ?<sup>121</sup> »*

*Séance suivante : le patient : les choses ont déjà changé. J'ai, en effet, remarqué que beaucoup de mes consommations étaient liées à de mauvaises habitudes que j'avais prises. Par exemple, regarder la vidéo du jour au réveil. Puis la vidéo du jour d'un autre site avant d'aller travailler, etc. Et donc j'ai commencé à supprimer un bon paquet.*

C'est ainsi que la personne a diminué sa consommation alors que la consigne n'était pas celle-là, elle l'a donc fait de son plein gré.

## **E. L'action**

A ce stade, le patient est prêt à mettre tout en place pour arrêter l'addiction, il a déjà commencé et il est motivé pour poursuivre cette démarche. A ce moment nous allons donc donner des outils concrets pour diminuer ou arrêter petit à petit le comportement sexuel problématique.

---

<sup>118</sup> Lambrette G. (2016). Enchantement et désenchantement : processus d'entrée et de sortie de l'addiction. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p119-139, p130

<sup>119</sup> Exemple de l'auteur modifié par rapport au sujet étudié.

<sup>120</sup> Lambrette G. (2016). Enchantement et désenchantement : processus d'entrée et de sortie de l'addiction. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p119-139, p133

<sup>121</sup> Lambrette G. (2016). Enchantement et désenchantement : processus d'entrée et de sortie de l'addiction. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p119-139, p133



Parallèlement, il faudra réduire le stress ce qui pourra passer par la relaxation, il sera aussi important de faire un travail psychothérapeutique.

*« On ne peut pas courir un marathon le premier jour,  
il faut de l'entraînement. »*

Il faudra rappeler régulièrement au patient qu'il est normal d'avoir des émotions, de se sentir mal et qu'il faudra du temps avant de prendre de nouvelles habitudes dans l'aisance.

### **a. La Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC)**

Les thérapies cognitives et comportementales visent à guérir les symptômes ainsi qu'à travailler sur les pensées (cognitions) et les émotions.

Le premier élément, va être de demander au patient de prendre un cahier de note. Il y notera différents éléments sur l'épisode de consommation que le thérapeute lui proposera. Ces exercices de réflexion seront à proposer par étape, il ne faut pas surcharger le patient au risque qu'il ne fasse rien et/ou qu'il se sente submergé.

#### ❖ Analyser un épisode de consommation

Cet exercice est basé sur les propositions de L. Karila (2016<sup>122</sup>) et M. Boiron (2013<sup>123</sup>), le patient va devoir noter comme une constatation et sans culpabilité :

- La consommation journalière
- Ce qui s'est passé avant la consommation sexuelle, ce qui l'a déclenchée,
- A quel moment il a pris conscience de son désir de consommer,
- Ce qu'il a ressenti,
- Comment et où il s'est-il procuré le support sexuel,
- Ce qu'il s'est passé après la consommation, les bénéfices.

---

<sup>122</sup> Karila L. 2016. Votre Plaisir vous appartient, le guide de la sexualité 2.0. Saint Ouen : Flammarion, p179

<sup>123</sup> Boiron M. (2013) L'addiction au XXIème « sexe ». *Sexualités humaines*, n°18, p6-21, p13

Une autre façon de proposer cet exercice c'est en passant par un tableau (FX. Poudat et M. Lagadec 2017<sup>124</sup>) :

	Avant de commencer le comportement sexuel problématique	Pendant le comportement sexuel compulsif	Après avoir pratiqué le comportement sexuel
	<p>La situation, le contexte et/ou le facteur déclenchant</p> <p><i>- ma femme dort, je suis seul dans le salon.</i></p>	<p>La situation, le contexte et/ou le facteur qui maintient le passage à l'acte :</p> <p><i>- je trouve une fille avec qui discuter, elle rentre dans le jeu de séduction sexuelle,</i> <i>- je me masturbe ;</i></p>	<p>La situation, le contexte :</p> <p><i>- j'ai fini de me masturber, la conversation est arrêtée,</i> <i>- je suis à nouveau seul dans le salon.</i></p>
Comment il se sentait sur le plan émotionnel	<i>- ça m'angoisse</i>	<i>- je me sens excité,</i> <i>- je me sens apaisé</i>	<i>- j'ai honte,</i> <i>- je me sens coupable,</i> <i>- je suis angoissé</i>
Ce qu'il s'est dit	<i>- je n'aime pas être seul, j'ai besoin d'échanger avec quelqu'un,</i> <i>- je vais aller sur un chat, j'ai besoin d'être excité</i>	<i>- ça change de ma femme à qui je n'ose pas envoyer des messages coquins,</i> <i>- au moins je peux parler de différents scénarios car ma femme veut toujours la même position.</i>	<i>- je ne suis même pas capable de trouver à m'occuper seul,</i> <i>- si ma femme ou mes enfants m'avaient surpris j'aurai été mal,</i> <i>- si ma femme veut faire l'amour quand je vais la rejoindre je n'aurai même plus l'envie.</i>

<sup>124</sup> Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob, p157

#### ❖ Retrouver des occupations

Il va être important que le patient trouve de nouvelles occupations pour combler le temps qu'il passait dans son addiction. Ces occupations pourront servir aussi à faire face au craving, il est possible de lister avec le patient des activités qu'il souhaiterait faire lorsque l'envie de consommer reviendra. Ce peut être : renouer avec ses passions, faire des activités de création (peinture, bricolage, etc.), un sport, ou encore la relaxation, s'investir dans une association (sociale, culturelle, humanitaire), reprendre des études, aller dans un endroit sûr, etc. Il est important de noter qu'une pratique sportive intensive de type « cardio » comme le vélo, la course à pied, la steppe etc. permet de libérer des hormones que l'on retrouve dans la jouissance sexuelle et qui vont apporter un état d'apaisement. Une personne qui recherche des prises de risque et des sensations fortes dans son comportement sexuel pourra se mettre à un sport extrême ou une activité où il y a de la compétition et du challenge.

#### ❖ le craving

Le thérapeute va pouvoir reparler de la théorie concernant le craving. Cette envie de reconsommer peut arriver rapidement après avoir arrêté le comportement de dépendance et peut survenir encore des semaines et des mois après être devenu abstinent. L'envie de consommer est très importante d'un coup et devrait disparaître en moins d'une heure s'il n'y a pas de consommation.

Lorsqu'il y a une envie irrésistible de consommer, les risques sont la « rechute » ou de déclencher ou amplifier d'autres addictions (tabac, alcool, médicaments, etc.) pour apaiser le manque.

Il va être demandé au patient de décrire comment il vit le craving (L. Karila, 2016<sup>125</sup>)

- Comment il se manifeste pour lui. Il pourra le ressentir de différentes manières :
  - o Somatique (ex : il ressent quelque chose au niveau du sexe)
  - o Cognitive (ex : il a des pensées incessantes)
  - o Affective (ex : il devient irritable, anxieux...)
- Noter si d'autres troubles apparaissent : énervement, violence, agressivité, renfermement, trouble de l'attention, fébrilité, repli sur soi, troubles du sommeil, de l'appétit, stress, troubles sexuels, etc.

---

<sup>125</sup> Karila L. 2016. Votre Plaisir vous appartient, le guide de la sexualité 2.0. Saint Ouen : Flammarion, p180

- L'intensité du craving,
- Le temps qu'il dure,
- S'il fait quelque chose face à cela.

JB Dumonteix<sup>126</sup> propose la méthode du « HALT ! » empruntée aux alcooliques anonymes : chaque première lettre de ces mots (en anglais) correspond à un état :

- Hungry : « avoir faim »,
- Angry : « être en colère »,
- Lonely : « être seul »
- Tired : « être fatigué »

Chacun de ses états engendre une vulnérabilité qui peut amener le patient à céder à son envie. Lors du craving, il pourra se questionner : « suis-je HALT ? ». Ce qui lui permettra de prendre du recul sur la situation.

Il y a souvent des déclencheurs qui vont donner envie de consommer. Pour l'expliquer, le thérapeute peut faire le lien entre les réflexes conditionnés et l'expérience de Pavlov. Tous les jours, Pavlov faisait sonner une clochette puis donnait à manger à son chien. Au bout de quelques temps, son chien a associé que la clochette signifiait qu'il allait avoir à manger, il commençait donc à saliver dès qu'elle sonnait. Au fil du temps, les réponses conditionnées devraient disparaître.

Le patient va pouvoir faire une liste des dernières situations ayant déclenché le craving.

En reconnaissant ces déclencheurs, le thérapeute va pouvoir accompagner le patient à développer des stratégies pour les éviter ou y faire face. Par exemple, si sur le trajet du travail au domicile du patient il y a un institut de massage avec finition, le patient va pouvoir prendre une autre route. Il va pouvoir réduire les contacts avec les consommateurs ou se débarrasser du matériel. Pour les sites pornographiques, il va pouvoir mettre un contrôle parental puissant (comme le logiciel de protection K9 Blue Coat et l'application K9 pour smartphones) ou mettre un mot de passe très compliqué qu'il cachera loin de chez lui par exemple ou qu'il donnera à une personne de confiance. L'ordinateur doit être proscrit du lit, voir même de la chambre à coucher.

---

<sup>126</sup> Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs, p53

Des exercices de visualisation de situations à risque et de leur contrôle pourront être proposés en consultation.

En cas d'envie du comportement sexuel, le patient pourra faire une activité qu'il a listé en amont ou qu'il s'est (re)mis à faire. Il peut aussi laisser le craving apparaître, le laisser aller à son maximum puis redescendre. Des images peuvent être utilisées comme celle d'une montagne russe ou le passage d'une colline, la sensation de besoin va redescendre. Il est possible de se dire « j'entends ma pulsion, mais je n'y répondrai que dans 10 minutes. » Le patient met un chronomètre en marche et au bout de quelques séances, il finit par passer à autre chose. Il doit alors se récompenser autrement.

Le but est surtout d'anticiper le craving de façon moins anxieuse, pas de le faire disparaître.

#### ❖ L'arrêt progressif

Le thérapeute va pouvoir proposer un arrêt très progressif. Par exemple, Mr Grisu, qui regardait du porno (avec masturbation) tous les matins a commencé par arrêter un matin dans la semaine. À la consultation suivante, il avait fait mieux que ce qui été prévu et il avait aussi expérimenté de se masturber sans porno. Pour la consultation suivante, il voulait arrêter deux jours sur trois. Afin d'être sûr que cela ne le mette pas en échec nous avons convenu d'un compromis : Un jour sur trois il n'y avait ni masturbation ni porno, le jour suivant, il pouvait se masturber sans porno et le troisième : masturbation avec porno.

Après chaque exercice, il est important d'en reparler. Le patient pourra regarder :

- Si c'était plus facile ou plus difficile que prévu,
- Les stratégies pour faire face au problème qui ont le mieux fonctionné,
- S'il a trouvé ou inventé d'autres stratégies.

Plus l'individu pense pouvoir réagir de manière adaptée à une situation à risque plus la probabilité de « rechute » diminue. Une étude de Greenfield (2000<sup>127</sup>) montre que plus le

---

<sup>127</sup> Greenfield S. et al., « The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women : a prospective study », Journal of Studies on Alcohol, vol. 61, 2000, 345-

sentiment d'efficacité personnelle est fort plus les délais s'allongent dans l'année suivant le début du traitement.

❖ La restructuration cognitive

Les cognitions, ce sont les pensées que chacun d'entre nous avons dans notre tête. Elles peuvent être positives (nous tirer vers le haut) ou à l'inverse : négatives, aussi nommées des systèmes de pensée piègeurs ou négatifs. Ces cognitions peuvent être de véritables croyances ancrées en nous et peuvent apparaître sous forme de rumination. Certaines peuvent diminuer le sentiment d'efficacité personnelle.

Le travail avec le patient va être de lui proposer de les identifier et de les noter dans leur carnet. Pour cela, le thérapeute peut lui proposer de faire un tableau à quatre colonnes (FX. Poudat et M. Lagadec 2017<sup>128</sup>) :

1. Les situations à risque
2. Les émotions, les ressentis
3. Les pensées spontanées
4. Le comportement compulsif

Voici un exemple :

Situation n°	La situation à risque	Les émotions, les ressentis	Les pensées spontanées	Le comportement compulsif
1	<i>Je vois mon ordinateur.</i>	<i>Je suis excité en pensant que je vais regarder un porno et me masturber.</i>	<i>J'ai le temps et rien d'autre à faire.</i>	<i>Je cherche une vidéo et je me masturbe.</i>

Ceci va permettre au patient de s'auto observer, de prendre conscience de ses schémas de pensée dysfonctionnels, c'est ainsi qu'il va pouvoir, éventuellement, commencer à les critiquer. Le thérapeute va aussi l'accompagner à réfléchir sur ses pensées.

<sup>351</sup> In Meliava N. et Fouilland P., sous la dir. de : Morel A., Coueron JP, Fouilland P. 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod, p241

<sup>128</sup> Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob, p158

Il est possible d'utiliser un schéma de la mise en place de la restructuration cognitive dans le cycle addictif (cf. annexe).

A la suite de cela, le thérapeute va pouvoir proposer de la remédiation cognitive, ce qui permet au patient d'envisager des alternatives de penser et d'agir pour lutter contre son cycle addictif.

Toujours dans un tableau à quatre colonnes, le patient pourra noter :

1. Les situations à risque
2. Les pensées spontanées qui lui donnent envie de passer à l'acte.
3. Des pensées alternatives, plus « honnêtes », qui peuvent l'aider à garder le contrôle sur son addiction
4. Ce qu'il peut décider de faire à la place

L'exemple sur la même situation :

La situation à risque	Les pensées spontanées qui lui donnent envie de passer à l'acte.	Les pensées qui peuvent l'aider à garder le contrôle	Ce qu'il peut décider de faire à la place
<i>Je vois mon ordinateur</i>	<i>Je suis excité en pensant que je vais regarder un porno et me masturber.</i>	<i>C'est vrai que mon addiction fait que je culpabilise après.</i>	<i>Je vais faire du sport à la place.</i>

Ces exercices peuvent être proposés chez soi et détaillés en consultation ou réalisés en consultation. En général, je propose au patient de réfléchir chez soi aux situations à risque, aux émotions et nous faisons le reste ensemble. Il est aussi possible de travailler sur les stratégies de gestion des situations à risque par des jeux de rôle.

Il est aussi recommandé de travailler sur toutes les pensées de dévalorisation de soit avec un tableau à trois colonnes :

1. Pensées irrationnelles
2. Autres pensées qu'il associe au problème
3. Pensées rationnelles qu'il pourrait entretenir à la place des cognitions négatives

Pensées irrationnelles	Autres pensées qu'il associe au problème	Pensées rationnelles qu'il pourrait entretenir à la place des cognitions négatives
<i>Un homme doit savoir séduire, moi je suis trop timide.</i>	<i>Je suis trop nul, je ne pourrai jamais plaire à une fille. Je suis tout le temps en échec.</i>	<i>Mon problème peut se traiter, il existe des techniques efficaces.</i>

Si à un moment, le patient a une pensée irrationnelle, il peut imaginer un stop rouge (par exemple) et penser à une pensée rationnelle.

Il sera possible de travailler sur les émotions qu'apportent ces pensées et sur l'ancrage des pensées positives avec l'hypnose, l'EFT, l'EMDR (Eye Mouvement desensitization and reprocessing) ou tout autre outil similaire.

❖ La désensibilisation systématique de M. Cover Jones

Cette technique est comportementale et s'applique de la façon suivante : il s'agit de définir avec le patient des situations anxiogènes (environ huit) sur une échelle allant de la moins anxiogène (anxiogène à 1 sur une échelle de 0 à 10) jusqu'à une ou plusieurs situations extrêmement anxiogènes. En séance, on proposera au patient de la relaxation où il pourra aller dans un lieu sûr en imaginaire, puis on lui proposera de se confronter à la situation la moins anxiogène jusqu'à ce qu'elle ne le soit plus du tout et ainsi de suite jusqu'à la situation la plus anxiogène. Il est important que le patient pratique déjà la relaxation (cf. sous partie suivante) avant de mettre en place cet exercice.

❖ L'estime de soi

Il va être important de travailler sur l'affirmation de soi, l'estime de soi, etc. C'est possible de le travailler en groupe.

Ce travail peut être corrélé à un « coaching en séduction » afin d'oser aller vers la relation dyadique qui ne serait pas tarifée. Il faudra aussi traiter les dysfonctions sexuelles s'il y en a comme l'éjaculation précoce, les dysérections, l'anorgasmie, etc.



#### ❖ Changement d'hygiène de vie

Nous avons parlé d'activité que la personne peut faire, il sera aussi important de modifier les attitudes au quotidien. Par exemple, le temps du midi, qui pouvait être consacré à l'activité addictive, pourra être un moment de partage avec ses collègues, un moment pour prendre un vrai repas, pour prendre soin de soi. Il sera possible aussi de faire des activités de détente comme aller dans un sauna (s'il n'y avait pas d'addiction au sauna échangiste), ou faire de la relaxation, ce que je vais aborder dans la sous-partie suivante.

Lorsque le patient a associé le sexe à une drogue, il peut trouver le sexe sans drogue plus fade, moins excitant. Dans un premier temps, il est possible de lui proposer d'associer au sexe un objet ou un nouveau lieu pour pimenter le rapport. La suite de l'accompagnement permettra de travailler l'accès à la jouissance sans drogue.

#### **b. La relaxation et la pleine conscience**

L'addiction peut être une tentative d'ajustement à des situations jugées stressantes. « *L'usage de l'Internet est fréquemment utilisé pour évacuer le stress professionnel ou les problèmes personnels (Young, 2004).*<sup>129</sup> »

Toutes les personnes qui ont une addiction au sexe vont devoir abaisser leur niveau de stress. Cela peut passer par des propositions abordées précédemment, en apprenant des techniques de relaxation mais cela passe aussi par le mode de vie et l'hygiène de vie. Ainsi, il faudra peut-être que le patient se questionne sur son travail, sur la ville où il est, son cercle d'ami, etc. Une solution que tous les sex addict sont dans l'obligation de mettre en place est de baisser le niveau de stress de leur vie. Parfois, cela implique de revoir ses priorités et de choisir entre sa santé physique et mentale et la valorisation sociale.

Il est donc important de proposer une prise en charge centrée sur le stress. Il existe différentes techniques comme le yoga, la sophrologie, la relaxation ou la pleine conscience. Ce sont ces dernières techniques que je vais présenter.

#### ❖ La relaxation

Afin d'abaisser le niveau de stress du patient, il est important qu'il apprenne une ou des

---

<sup>129</sup> Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p36

techniques de relaxation. Le thérapeute peut lui proposer une relaxation guidée en consultation basée sur la respiration abdominale. Le patient pourra ensuite la reproduire chez lui. Il sera recommandé de la pratiquer tous les jours afin que la détente du corps devienne un conditionnement de type pavlovien. Le mieux c'est 20 minutes de relaxation par jour mais si c'est trop long, il est préférable que le sujet fasse seulement 5 minutes tous les jours plutôt que 20 min une fois par semaine<sup>130</sup>. La relaxation doit être effectuée en dehors des moments d'angoisse. En effet, on apprend à nager lorsque l'eau est calme, pas en pleine tempête.

La relaxation peut permettre de travailler sur la relation au corps qui peut être malmené.

❖ La pleine conscience ou mindfulness

Les TCC dites « de troisième vague » rajoutent entre autre la pleine conscience et la thérapie des schémas. Cette méthode a montré une réelle efficacité pour l'accompagnement des personnes ayant une dépendance à des comportements sexuels. Plusieurs études américaines l'ont validé scientifiquement, les personnes addicts reprennent le contrôle sans que l'addiction se déplace sur une autre addiction (Sbraga, 2003<sup>131</sup>). Reid et son équipe ont évalué l'efficacité d'une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, auprès de patients souffrant de « *troubles hypersexuels* » associé à une *dysrégulation émotionnelle, de l'impulsivité et des stratégies de coping inadaptées* (Reid 2013)<sup>132</sup> ».

L'entraînement à la gestion du stress fondée sur la pleine conscience MBSR ou la *Mindfulness méditation* consiste à « *prêter attention, intentionnellement au moment présent et sans jugement sur l'expérience qui se déploie moment après moment* » la pratique de la méditation permet d'augmenter aussi bien la conscience des états affectifs que la capacité à tolérer l'inconfort qui y est associé<sup>133</sup>. » Une pratique régulière peut soulager le stress et diminuer des états affectifs négatifs. « *La méditation devrait ainsi influencer de nombreux mécanismes présents dans les troubles addictifs, en baissant par exemple l'intensité du craving, qui fonctionne comme une émotion, et d'autres facteurs caractéristiques des comportements*

---

<sup>130</sup> Big Up Fabienne ;)

<sup>131</sup> Sbraga T., O'Donohue WT., The sex addiction Workbook : Proven Strategies to Help You Regain Control of your Life, Oakland, New Harbinger, 2003 In Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob, p181

<sup>132</sup> Reid, RC *et al.* 2013 Mindfulness, Emotional Dysregulation, Impulsivity, and Stress Proneness among Hypersexual Patients, J.Clin. Psychol. 1-9 In Lagadec M. (2016). L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ? *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p11-27, p20

<sup>133</sup> Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p243

*addictifs ou fortement liés à la rechute. La méditation agit sur l'autorégulation de la tension et elle devrait permettre de neutraliser la réponse automatique conditionnée par l'utilisation de substances chez les personnes addictées.*<sup>134</sup> »

### **c. La psychothérapie**

*« Pour certains, la conduite addictive sert de pansement. Elle vient colmater la faille qu'il est trop difficile de regarder en face. Le but [...] n'est pas de changer le pansement et de le remplacer par une autre conduite additive, qui sera tout autant source de souffrance. L'objectif n'est donc pas de déplacer mais d'enlever ce pansement afin de soigner une fois pour toutes cette plaie qui ne demande qu'à être nettoyée et suturée. Pour cela, il est indispensable aussi de traiter les facteurs de renforcement de la pratique addictive<sup>135</sup> »*

FX. Poudat et M. Lagadec

#### ❖ Les émotions

Un travail important sur la reconnaissance des émotions, pouvoir les analyser et les nommer est un premier pas. En effet, ce sont les principaux états émotionnels qui vont amener le sujet à faire un écart.

#### ❖ Réfléchir à son couple

Certains patients viennent en consultation dans le secret vis-à-vis du partenaire. En parler s'avère être une tâche compliquée mais selon différents auteurs, il semble que ce soit un indispensable à la thérapie, ce sera donc un sujet à travailler.

Si le patient est en couple, le thérapeute va l'amener à clarifier sa relation :

- Ce qui ne va pas dans le couple
- Ce à quoi il aspire, comment il conçoit son couple, ce qu'il souhaite

---

<sup>134</sup> Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p243

<sup>135</sup> Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob, p126

- Ce qu'il attend de son partenaire.

Qu'il soit célibataire ou en couple :

- ses attentes dans la sexualité
- l'état amoureux comme moyen d'épanouissement de soi et de l'autre
- les solutions qu'il peut apporter.

#### ❖ La connaissance de soi

Afin de consolider une meilleure connaissance de lui-même, il est essentiel de consacrer un temps important à discuter des thèmes suivants (FX Poudat, 2016<sup>136</sup>, 2017<sup>137</sup>) :

- Les origines du besoin de satisfaction immédiat. Les origines du désir et du plaisir proviennent essentiellement du manque et de l'absence : il va donc falloir travailler dessus pour aboutir à du plaisir et/ou de l'amour.
- Le passage de la survie à la vie,
- l'expérience et la peur du vide temporaire,
- les transmissions transgénérationnelles,
- la peur de vieillir,
- d'éventuels secrets de famille.
  
- Les croyances sur :
  - la représentation de soi,
  - la représentation du partenaire,
  - la sexualité, la manière dont il l'a perçue,
  - les relations affectives et amoureuses.

#### ❖ Les traumatismes

Il est important d'aborder le sujet des traumatismes même si le patient ne le fait pas. Il est possible de poser une question simple « les adultes autour de vous ont-ils eu des gestes déplacés envers vous quand vous étiez enfant ou adolescent ? »

---

<sup>136</sup> Lopès P., Poudat FX Dir. 2013. Manuel de sexologie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, p216

<sup>137</sup> Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob

Il va falloir traiter ces traumatismes, pour cela différents outils sont efficaces comme l'EFT, l'EMDR ou l'hypnose.

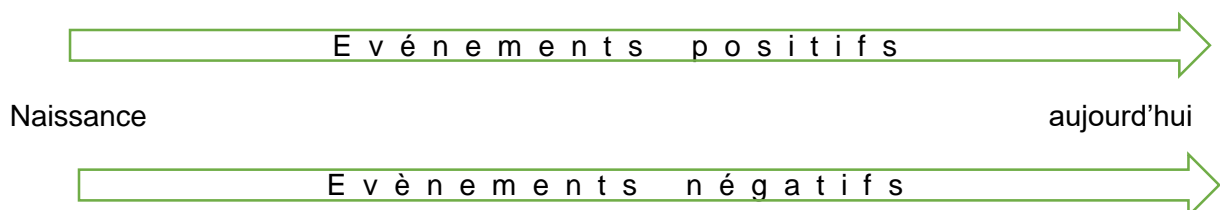
Selon Fisher<sup>138</sup>: « afin de métaboliser (et non seulement de verbaliser) les souvenirs, les patients peuvent avoir recours à l'EMDR, à l'hypnothérapie ou à des thérapies corps-esprit. Puisque « se souvenir n'est pas se rétablir », le but consiste seulement à affronter et accepter le passé traumatique. » En fonction de l'humeur du patient (de son accessibilité), il est possible d'alterner des séances de « traitement » des différents événements traumatiques et des séances de stabilisation.

#### ❖ Différents outils d'accompagnement

Afin d'accompagner le patient, en plus d'un espace d'écoute, différents outils sont possibles, il en existe plein mais je vais en aborder brièvement quelque uns.

- La ligne de vie

Cela consiste à tracer deux flèches sur une feuille et la personne y note les événements positifs et les événements négatifs.



Cela permet de prendre du recul sur sa vie et de pouvoir aborder les éléments compliqués qu'il a vécu.

- Le photolangage® permet de relier des représentations mentales et le symbolique, de parler de soi consciemment ou inconsciemment. Pour cela, il est possible d'utiliser le jeu Dixit du commerce qui propose plein de cartes aux dessins métaphoriques. Il est possible de proposer à la personne de choisir des cartes :

- Une représentant le positif de sa personnalité et une le négatif de sa personnalité

---

<sup>138</sup> Fisher J. 2011 Outils psychopédagogiques pour le travail avec les psychotraumatismes. Trad. Rydberg, JA., [www.janinafisher.com](http://www.janinafisher.com) In Bacherot E (2013) Au commencement était le trauma...L'addiction sexuelle. *Sexualités humaines*, n°18, p32-40, p39

- Qu'est-ce qu'être fort pour lui et être faible ?
  - Une ou deux qui représente la famille
  - Qu'est-ce qui vous fait peur ?
  - Une qui représente son état actuel, une deuxième pour l'état dans lequel il souhaiterait être et une troisième qui symbolise la ressource qui permet de passer d'un état à l'autre
  - Etc.
- Le génogramme ressemble à un arbre généalogique. Il permet de faire des liens dans les relations familiales ou les reproductions intergénérationnelles.

#### ❖ La psychologie positive

Une intervention positive est défini comme « *une intervention, un traitement ou une activité visant principalement à accroître les sentiments positifs, les comportements positifs, ou cognitions positives par opposition à améliorer la pathologie ou la fixation des pensées négatives ou des comportements inadaptés*<sup>139</sup> » (Sin et Lyubomirsky 2009). Un des outils consiste à proposer des exercices relativement brefs qui permettent de s'attarder sur des pensées ou comportements positifs. Voici l'exercice appelé les *trois bonnes choses*. Il consiste à demander au patient d'écrire trois choses qui se sont bien passées chaque jour et leur cause, tous les soirs pendant une semaine (Seligman et al. 2005<sup>140</sup>).

#### ❖ La thérapie de groupe

La thérapie de groupe peut permettre de diminuer les sentiments de honte grâce au soutien et à l'écoute des autres membres. Elle permet aussi de se sentir moins seul et isolé et de se sentir moins un « monstre sexuel » (qui peut être à l'origine d'un isolement social).

Dans les grandes villes on retrouve des groupes de paroles proposés par l'hôpital ou des thérapeutes libéraux. J'ai échangé avec M. Grall-Bronnec, psychiatre à Nantes, dans un

---

<sup>139</sup> Sin, NL., Lyubomirsky S. 2009 Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions : a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinichology*, 65, 467-487 *In* Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p241

<sup>140</sup> Seligman MEP., *et al.* 2005 Positive psychology progress – Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421. *In* Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, p241

service spécialisé dans l'addiction à des comportements sexuels. Elle co-anime un groupe fermé d'une dizaine de patients qui débutent tous en même temps. Celui-ci sert à travailler la partie TCC. Les patients ont un accompagnement en individuel à côté pour le travail psychothérapeutique.

Il existe aussi les groupes de Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes (DASA). Ces programmes sont généralement complémentaires à une thérapie. Les règles des DASA sont l'abstinence sexuelle, l'adhésion à la psychothérapie et l'anonymat. Dans la plupart de ces groupes d'entraide, le statut de célibataire est nécessaire ou encouragé mais il est sujet à controverse.

## **F. Maintien et « rechute »**

A ce stade, la thérapie se poursuit, elle peut se focaliser sur les comorbidités qui persistent comme les troubles anxieux, la dépression, etc. Elles peuvent d'ailleurs être mises en évidence suite à un « faux pas »

*« Toute personne qui apprend à nager boit  
la tasse un jour où l'autre »*

En cas de « faux-pas », le thérapeute pourra proposer de refaire une balance décisionnelle, d'analyser à nouveau son schéma de pensée, de traiter les problèmes rencontrés, les pensées spontanées et poursuivra à traiter les traumatismes du passé.

## **G. Le couple**

Si le patient est en couple, il va falloir donner une place au conjoint<sup>141</sup> tout au long de la thérapie : un espace en individuel et de la thérapie de couple.

---

<sup>141</sup> Je vais ici genrer au masculin afin de faciliter la lecture du texte

### **a. La thérapie du-de la conjoint(e)**

Ce document est essentiellement dirigé sur l'accompagnement de la personne dépendante mais il faut bien avoir en tête qu'apprendre que son partenaire a une dépendance d'ordre sexuelle peut s'avérer traumatisant. Il va donc falloir lui proposer un espace de parole, qu'elle décide de rester avec le patient addict ou de le quitter.

En décidant de rester avec, il va falloir beaucoup de temps pour qu'il puisse à nouveau lui faire confiance. Les études montrent qu'il faut au minimum un an au conjoint d'un dépendant au sexe pour reprendre confiance en son partenaires et re-solidifier ce qui a été cassé.

Il faudra qu'il accepte que son partenaire ait un jardin secret, ce qui ne signifie pas des mensonges, mais il faudra accepter qu'ils ne disent pas tout.

Il faut expliquer le mécanisme de l'addiction au conjoint, ses pensées et ses façons d'agir. En effet, cela l'aidera dans le dialogue ainsi que pour accompagner et aider son partenaire.

### **b. La thérapie de couple**

Comme nous le disions, suite à ce qui a été cassé, le but ne sera pas de retrouver le couple d'avant la découverte car quelque chose s'est brisé. Il ne sera pas possible de revenir en arrière, par contre, il faudra créer un « nouveau couple », un couple plus fort et construire de nouvelles bases.

Spring<sup>142</sup> a identifié trois étapes essentielles dans la thérapie de couple visant à rétablir la confiance et l'intimité :

1. identifier les sentiments,
2. décidé de se réengager ou de se séparer,
3. reconstruire la relation.

Dans un premier temps, il faudra apaiser la relation conflictuelle. Après avoir rétabli une confiance, il pourra être entrepris un travail sur un rapprochement affectif, sur la restauration d'une communication et d'une complicité perdue ainsi qu'une nouvelle projection dans l'avenir.

---

<sup>142</sup> Spring JA, *After the Affair. Healing the Pain and Rebuilding Trust When a Partner Has Been Unfaithful*, New York, Harper-Collins, 1996 *In* Poudat FX., Lagadec M. 2017. *Sexe sans contrôle*. Paris : Odile Jacob, p184



A. Camincher écrit « *La parole réhabilite le regard sur soi, sur autrui mais également le plaisir d'exister*<sup>143</sup> ».

Il sera aussi primordial d'améliorer les relations sexuelles. S'il y avait des dysfonctions sexuelles avant l'addiction, il faudra les traiter aussi. En effet, l'addiction étant essentiellement émotionnelle, comme le disent Q. Debray et al, « *Cela revient à priver un enfant de son « doudou » sous prétexte que ce dernier est sale.*<sup>144</sup> » Il est donc important d'aider le patient à reconstruire une sexualité réaliste (en tenant compte du partenaire) et qui lui convient.

Si le patient n'a plus de désir pour son partenaire, un travail de couple peut être proposé afin de réalimenter le désir (faire à nouveau des choses ensemble, *sensate focus*, travail sur les fantasmes, etc.). S'il y avait une addiction au porno, il n'y aura plus de projection mentale, le thérapeute pourra donc proposer de la lecture érotique.

La thérapie de couple fait partie intégrante du travail thérapeutique dans l'arrêt de l'addiction.

## **Conclusion**

Que ce soit une addiction à du porno, à la masturbation, à des rapports sexuels tarifés, à des relations sexuelles à plusieurs ou encore à des orgasmes avec son partenaire, le cycle addictif est le même. Il passe par des phases de mal-être (ou d'euphorie plus rarement), le passage à l'acte, un moment de bien-être dont la durée diminue avec le temps, avant de ressentir à nouveau un mal-être voire de la culpabilité et ainsi de suite. Les répercussions sur la vie intime, de couple et socio-professionnelles peuvent être importantes et des cognitions peuvent aussi parfois l'envahir.

L'accompagnement d'une personne présentant une addiction à des comportements sexuels s'effectue sur du long terme. Il faut souvent du temps avant que la personne soit prête à

---

<sup>143</sup> Camincher A. (2018) La pornographie du XXI<sup>e</sup> siècle : désirs secrets, exutoire ou fracas ? *Sexualités humaines*, n°38, p19-26, p25

<sup>144</sup> Quentin Debray et al. 2013. L'addiction sexuelle, idées reçues sur une souffrance méconnue. Paris : Le cavalier bleu, p102

s'engager dans un processus de changement. Amener du nouveau, changer les habitudes n'est pas toujours simple. Le rôle du thérapeute est de rassurer le patient, d'aller à son rythme, de lui redonner confiance en lui petit à petit. Il est important de travailler en réseau, avec un médecin ou d'autres professionnels. Les TCC ont montré leur efficacité et il faudra y ajouter de la psychothérapie afin que la vie sans comportement addictif soit pérenne. J'ai abordé différents stades par lesquels le patient va passer, et il est important d'avoir en tête que des allers-retours sont possibles entre ces différentes phases.

Ce chemin de montagne prend du temps, il est jonché d'obstacles, de pierres, de plantes épineuses, de passages au bord du vide... et lorsque l'on pense que l'on arrive au sommet, on se rend compte qu'il y a encore une descente, et après cela, une nouvelle côte mais par contre une chose est sûre : ce chemin finira par mener à un magnifique paysage ...

## Bibliographie

### Ouvrages :

Estellon V., 2014. Les sex-addicts. Paris : Puf, Que sais-je ?

Graziani P. Romo L. 2013 Soigner les addictions par les TCC. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson

Karila L. 2016. Votre Plaisir vous appartient, le guide de la sexualité 2.0. Saint Ouen : Flammarion

Lopès P., Poudat FX Dir. 2013. Manuel de sexologie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson

Morel A., Couteron JP, Fouilland P. (sous la dir.) 2010. L'aide-mémoire d'addictologie. Paris : Dunod

Poudat FX., Lagadec M. 2017. Sexe sans contrôle. Paris : Odile Jacob

Quentin Debray et al. 2013. L'addiction sexuelle, idées reçues sur une souffrance méconnue. Paris : Le cavalier bleu

Salmona M. 2013. Le livre noir des violences sexuelles. Paris : Dunod

Sandis F., Dumonteix JB. 2013. Les sex addicts, Quand le sexe devient une drogue dure. Paris : France Loisirs

Tordjemann G. 2000. Hypnosexe. Paris : Payot & Rivages

### Articles :

Bacherot E (2013) Au commencement était le trauma...L'addiction sexuelle. *Sexualités humaines*, n°18, p32-40

Barrault S, Gnimavo Hegbe K., Bertsch I., Courtois R. (2016). Relation entre les événements de vie traumatiques de l'enfance, le trouble de personnalité borderline et les conduites cybersexuelles problématiques. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p65-81

Boiron M. (2013) L'addiction au XXIème « sexe ». *Sexualités humaines*, n°18, p6-21

Boiron M., Poudat F.X., Bacherot E., Denis N. et al. (2013). Dossier Vaincre les addictions sexuelles. *Sexualités Humaines*, n° 18, p17-52

Camincher A. (2018) La pornographie du XXIè siècle : désirs secrets, exutoire ou fracas ? *Sexualités humaines*, n°38, p19-26

- Codina I., Hautefeuille M. (2016). Les addictions sexuelles. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p5-9
- Denis N. (2013) Homo et sex addict. *Sexualités humaines*, n°18, p22-31
- Dufour D.R. (2016). Addiction sexuelle et économie de marché. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p97-116
- Duriez N. (2016). Addiction sexuelle, conduites dissociantes et rétablissement. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p47-64
- Estellon V. (2016). Approche psychodynamique des addictions sexuelles. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p29-46
- Fisher, CE (2018). Jeux d'argents, sexe, internet... Le Big Bang des addictions. *Cerveau et Psycho*, n° 99, p34-41
- Grégoire M. (2016). Slam, chemsex et addiction sexuelle. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p83-96
- Lagadec M., Poudat FX, Grall-Bronnec M. (2013) Quand le sexe devient envahissant. *Sexualités humaines*, n°18, p42-52
- Lagadec M. (2016). L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ? *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p11-27
- Lambrette G. (2016). Enchantement et désenchantement : processus d'entrée et de sortie de l'addiction. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p119-139
- Pascoli V., Lüscher C., Karila L., Benyamina A. (2017) Les nouvelles addictions. *La Lettre*, n°53, p13-25
- Rohart V., Pascuttini F, Journiac K. (2016). Expérience *dys-incarnantes* et addictions au féminin. *Psychotropes*, vol.22, n°3-4, p141-155
- Rozaire C., et al. « Qu'est-ce que l'addiction ? », *Archives de politique criminelle*, vol. 31, no. 1, 2009, pp. 9-23,

Article en ligne :

Castorio J.N., Le complexe de Messaline [En ligne] (page consultée le 24/03/2019)  
<https://www.levolcan.com/spectacles/le-complexe-de-messaline>

FAOSTAT. Statistiques Production/Cultures [En ligne] (page consultée le 21/12/2010)  
<http://faostat.fao.org/site/567/default.aspx#ancor>

Rozaire, C., Guillou Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Rocher, B. & Vénisse, J. (2009). Qu'est-ce que l'addiction ? . *Archives de politique criminelle*, 31(1), 9-23. <https://www.cairn.info/revue-archives-de-politique-criminelle-2009-1-page-9.htm>.

ZELER A., Blogdunsexologue. Addictions, sexualité et addiction sexuelle [En ligne] (page consultée le 26/02/2019) <http://www.blogdunsexologue.com/cours-de-sexologie/les-dysfonctions-sexuelles/addictions-et-sexualite-addiction-sexuelle>

## Annexes

### Annexe 1 – Les abréviations

CIM : Classification statistique Internationale des Maladies

DASA : Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

ESPT : Etat De Stress Post-Traumatique

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

IST : Infection Sexuellement Transmissible

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

VIH : Le virus de l'immunodéficience humaine

## Annexe 2 - Les échelles de dépistage

### ❖ Test de dépistage d'addiction sexuelle de Carnes

	OUI	NON
1 Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des revues érotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Vos parents avaient-ils des troubles sexuels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Etes-vous souvent préoccupé par des pensées de nature sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Avez-vous le sentiment que votre sexualité n'est pas normale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Votre partenaire a-t-il (elle) déjà souffert ou s'est-il (elle) plaint(e) de votre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Votre comportement sexuel a-t-il déjà été à l'origine de difficultés pour vous ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Avez vous déjà craint que des personnes puissent se renseigner sur vos activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Est-ce que quelqu'un a déjà été choqué moralement par vos pratiques sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors-la-loi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Vous êtes-vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de votre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Avez-vous déjà fait des efforts et échoué pour abandonner un certain type de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Devez-vous dissimuler certains aspects de votre sexualité aux autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Avez-vous tenté d'arrêter certaines de vos activités sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Vous êtes-vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Le sexe a-t-il été une façon pour vous d'échapper à vos problèmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Vous sentez-vous déprimé après un rapport sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Avez-vous ressenti le besoin d'espacer une certaine forme d'activité sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Votre activité sexuelle a-t-elle déjà interféré avec votre vie familiale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Avez -vous déjà eu des rapports sexuels avec des mineurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Vous sentez-vous dirigé par votre désir sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Pensez-vous parfois que votre désir sexuel est plus fort que vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Cotation :** \_\_\_\_\_ / 25

Score de 10 à 13 → symptômes atténués d'addiction sexuelle

Score > 13 → addiction sexuelle

❖ **Echelle de comportement sexuel compulsif de Coleman :**

Indiquez la période de référence explorée :

actuelle     avant l'arrêt du comportement sexuel compulsif, il y a \_\_\_\_\_ semaines

**1. Est-ce que vous, ou ceux qui vous connaissent, pensent que vous êtes excessivement préoccupé ou obsédé par la sexualité ?**

OUI     NON

**2. Est-ce qu'il vous arrive de vous sentir obligé d'avoir des rapports sexuels en réponse à des problèmes de stress, anxiété, ou dépression ?**

OUI     NON

**3. Avez-vous eu de sérieux problèmes découlant de votre comportement sexuel (par exemple : perte d'un travail ou de relations, maladies sexuellement transmissibles, blessures ou maladies, délits sexuels) ?**

OUI     NON

**4. Est-ce que certains aspects de votre comportement sexuel vous culpabilisent ou vous font honte ?**

OUI     NON

**5. Fantasmez-vous ou faites-vous certaines pratiques sexuelles que d'aucuns considéreraient comme « déviantes » ?**

OUI     NON

**6. Etes-vous constamment à la recherche (« balayage » de l'environnement) d'un partenaire éventuel ?**

OUI     NON

**7. Est-ce qu'il arrive de vous sentir obsédé par quelqu'un qui ne s'intéresse pas à vous ou qui ne vous connaît même pas ?**

OUI     NON

**8. Pensez-vous que votre masturbation est excessive, compulsive ou dangereuse ?**



OUI       NON

**9. Avez-vous eu de nombreux rapports amoureux courts, intensifs et qui ne vous satisfont pas ?**

OUI       NON

**10. Ressentez-vous le besoin constant de rapports sexuels ou d'expression amoureuse de vos rapports sexuels ?**

OUI       NON

<b>Nombre de critères positifs :</b> / 10
---

2 critères positifs : comportement sexuel problématique

❖ **Dépistage des comportements sexuels compulsifs SAST**

Basé sur le *Compulsive Sexual Behavior Inventory* (M.H. Miner et al., 2007, traduit par L.Karila et C.Rubio 2015<sup>145</sup>)

		Jamais	Occasionnellement	Souvent	Fréquemment	Très fréquemment
1	Combien de fois avez-vous eu des difficultés à contrôler vos pulsions sexuelles ?	1	2	3	4	5
2	Vous êtes-vous senti incapable de contrôler votre comportement ?	1	2	3	4	5
3	Combien de fois avez-vous eu recours au sexe pour faire face à des soucis ou des problèmes dans votre vie ?	1	2	3	4	5
4	Combien de fois vous êtes-vous senti coupable ou honteux de vos comportements sexuels ?	1	2	3	4	5
5	Combien de fois avez-vous dissimulé ou caché vos comportements sexuels aux autres ?	1	2	3	4	5
6	Combien de fois avez-vous été incapable de contrôler vos envies ou vos pulsions sexuelles ?	1	2	3	4	5

<sup>145</sup> M.H. Miner et al., 2007 In Karila L. 2016. *Votre Plaisir vous appartient, le guide de la sexualité 2.0.* Saint Ouen : Flammarion, p174-178

7	Combien de fois vous êtes-vous promis de changer ou de modifier votre comportement sexuel ?	1	2	3	4	5
8	Combien de fois des pensées ou des comportements sexuels ont interféré avec une relation amicale ?	1	2	3	4	5
9	Combien de fois avez-vous trouvé des excuses ou des raisons pour justifier votre comportement sexuel ?	1	2	3	4	5
10	Combien de fois avez-vous manqué des opportunités de réaliser ou d'améliorer une activité (loisir, travail...) à cause de votre activité sexuelle ?	1	2	3	4	5
11	Combien de fois vos activités sexuelles vous ont posé des problèmes sur le plan financier ?	1	2	3	4	5
12	Combien de fois vous êtes-vous senti distant sur le plan émotionnel lorsque vous avez eu une relation sexuelle avec quelqu'un ?	1	2	3	4	5
13	Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles ou vous êtes-vous masturbé plus que vous ne le souhaitiez ?	1	2	3	4	5
14	Combien de fois avez-vous été interpellé ou arrêté à cause de votre comportement sexuel ?	1	2	3	4	5
15	Avez-vous obligé quelqu'un à avoir une relation sexuelle contre son gré ?	1	2	3	4	5

16	Avez-vous déjà frappé, donné des coups de pieds, de coups de poings, giflé, étranglé, poussé, contraint ou battu l'un(e) de vos partenaires sexuels ?	1	2	3	4	5
17	Avez-vous infligé des souffrances physiques à quelqu'un par plaisir sexuel ?	1	2	3	4	5
18	Lors de disputes, avez-vous reçu des coups de poings, été giflé, étranglé, poussé, contraint ou battu par votre partenaire régulier(e) ou le/la plus récent(e)?	1	2	3	4	5
19	Avez-vous subi des souffrances physiques par plaisir sexuel ?	1	2	3	4	5
20	Avez-vous déjà été payé pour avoir des relations sexuelles ?	1	2	3	4	5
21	Avez-vous été contraint à avoir une relation sexuelle par votre mari, votre femme ou votre partenaire ?	1	2	3	4	5
22	Avez-vous été observé en train de vous masturber ou d'avoir une relation sexuelle sans votre autorisation	1	2	3	4	5
TOTAL		/110				

❖ **Dépistage des comportements sexuels compulsifs SAST**

Basé sur le *Compulsive Sexual Behavior Inventory* (M.H. Miner et al., 2007, traduit par L.Karila et C.Rubio 2015<sup>146</sup>) légèrement modifié par Enora Teyssendier Educatrice Spécialisée DE, Conseillère en Psycho-Sexologie.

		Jamais	Occasionnelle ment	Souvent	Fréquemment	Très fréquemment
1	Combien de fois avez-vous eu des difficultés à contrôler vos pulsions sexuelles ?	0	1	2	3	4
2	Vous êtes-vous senti incapable de contrôler votre comportement ?	0	1	2	3	4
3	Combien de fois avez-vous eu recours au sexe pour faire face à des soucis ou des problèmes dans votre vie ?	0	1	2	3	4
4	Combien de fois vous êtes-vous senti coupable ou honteux de vos comportements sexuels ?	0	1	2	3	4
5	Combien de fois avez-vous dissimulé ou caché vos comportements sexuels aux autres ?	0	1	2	3	4
6	Combien de fois avez-vous été incapable de contrôler vos envies ou vos pulsions sexuelles ?	0	1	2	3	4

<sup>146</sup> M.H. Miner et al., 2007 In Karila L. 2016. Votre Plaisir vous appartient, le guide de la sexualité 2.0. Saint Ouen : Flammarion, p174-178

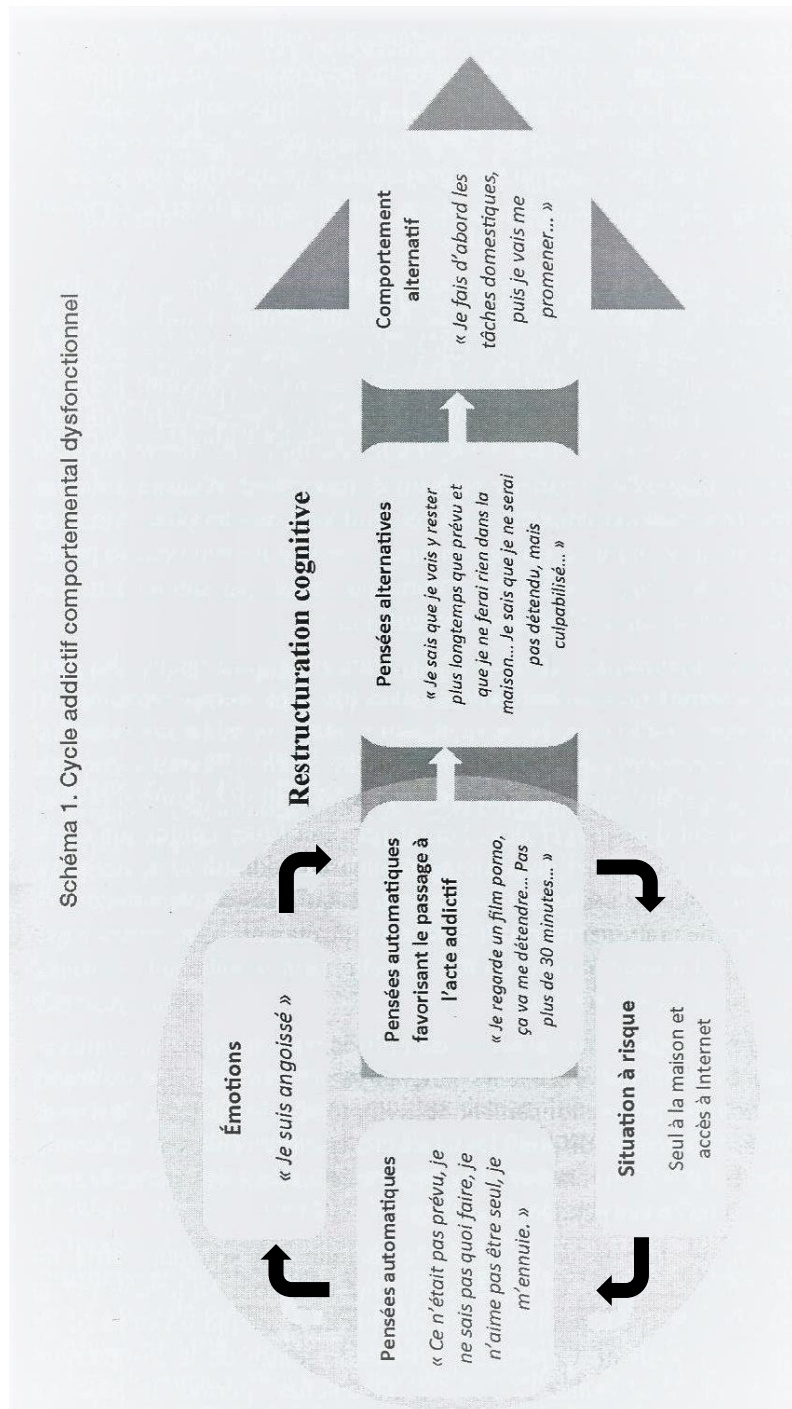
7	Combien de fois vous êtes-vous promis de changer ou de modifier votre comportement sexuel ?	0	1	2	3	4
8	Combien de fois des pensées ou des comportements sexuels ont interféré avec une relation amicale ?	0	1	2	3	4
9	Combien de fois avez-vous trouvé des excuses ou des raisons pour justifier votre comportement sexuel ?	0	1	2	3	4
10	Combien de fois avez-vous manqué des opportunités de réaliser ou d'améliorer une activité (loisir, travail...) à cause de votre activité sexuelle ?	0	1	2	3	4
11	Combien de fois vos activités sexuelles vous ont posé des problèmes sur le plan financier ?	0	1	2	3	4
12	Combien de fois vous êtes-vous senti distant sur le plan émotionnel lorsque vous avez eu une relation sexuelle avec quelqu'un ?	0	1	2	3	4
13	Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles ou vous êtes-vous masturbé plus que vous ne le souhaitiez ?	0	1	2	3	4
14	Combien de fois avez-vous été interpellé ou arrêté à cause de votre comportement sexuel ?	0	1	2	3	4
15	Avez-vous obligé quelqu'un à avoir une relation sexuelle contre son gré ?	0	1	2	3	4

16	Avez-vous déjà frappé, donné des coups de pieds, de coups de poings, giflé, étranglé, poussé, contraint ou battu l'un(e) de vos partenaires sexuels ?	0	1	2	3	4
17	Avez-vous infligé des souffrances physiques à quelqu'un par plaisir sexuel ?	0	1	2	3	4
18	Lors de disputes, avez-vous reçu des coups de poings, été giflé, étranglé, poussé, contraint ou battu par votre partenaire régulier(e) ou le/la plus récent(e)?	0	1	2	3	4
19	Avez-vous subi des souffrances physiques par plaisir sexuel ?	0	1	2	3	4
20	Avez-vous déjà été payé pour avoir des relations sexuelles ?	0	1	2	3	4
21	Avez-vous été contraint à avoir une relation sexuelle par votre mari, votre femme ou votre partenaire ?	0	1	2	3	4
22	Avez-vous été observé en train de vous masturber ou d'avoir une relation sexuelle sans votre autorisation	0	1	2	3	4
23	Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence ?	0	1	2	3	4
24	Vos parents avaient-ils des troubles sexuels ?	0	1	2	3	4
TOTAL		/96				

**Cotation :**

- Score de 38 à 50 → symptômes atténués d'addiction sexuelle
- Score > 50 → addiction sexuelle





<sup>147</sup> Lagadec M. (2016). L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ? Psychotropes, vol.22, n°3-4, p11-27, p21