



# ADDICTIONS, SEXUALITÉ ET ADDICTION SEXUELLE

Cours du vendredi 14 décembre 2012 à 11:00 par Dr Laurence PEZET

## SOMMAIRE

### I - PRÉAMBULE

A - L'addiction

B - La dépendance

C - Les différents types d'usage alcoolique selon l'OMS

### II - Addiction et sexualité

A - Alcool et sexualité

B - Tabac et sexualité

C - Cannabis et sexualité

D - Cocaïne et sexualité

E - Opiacés et sexualité

F - Méthadone et sexualité

G - Ecstasy et sexualité

### III - L'addiction sexuelle

A - Définition

B - Diagnostic

C - Les différents tableaux cliniques

D - Relations avec les autres pathologies psychiatriques

E - Relations avec les autres addictions

E - Relation entre addiction sexuelle et paraphilie (DS)

F - Dépistage de l'addiction sexuelle

G - Prise en charge de l'addiction sexuelle

### LIVRES POUR ALLER PLUS LOIN

### BIBLIOGRAPHIE

## I - PRÉAMBULE

L'addiction est une soustraction : elle commence en général lorsque l'on perd quelque chose

Il y a en France 4 millions de consommateurs excessifs d'alcool, 2,5 million de personnes dépendantes et 35000 morts par an.

Le tabac fait 70000 morts par an en France.

Les autres produits entraînant des dépendances sont le cannabis, l'héroïne, les opiacés mais compte-tenu de leur illégalité on a difficilement des chiffres.

Les gens n'ont aucune difficulté à parler de manière précise de leur sexualité, ce sont juste les praticiens qui ont du mal à poser les bonnes questions.

## A - L'addiction

---

Elle se distingue en :

- **addiction à des produits** (alcool, tabac, opiacés, cannabis, LSD, médicaments...)
- **addiction comportementales** (troubles du comportement alimentaire, cyber addiction, achats compulsifs, jeux vidéos, casino, addiction sexuelle, addiction au travail, au sport etc...)

Dans le droit romain et jusqu'au moyen-âge, l'addiction était un arrêt du juge donnant au plaignant le droit de disposer à son profit de la personne débitrice. Il s'agissait d'une contrainte par corps.

## B - La dépendance

---

Elle est définie selon les **critères de Goodman** <sup>1</sup> qui selon le DSMIV sont les critères pour le diagnostic d'un trouble addictif :

- A : échecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.
- B : sentiment de tension augmentant avant de commencer le comportement.
- C : sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement
- D : sentiment de perte ou de contrôle pendant la réalisation du comportement.
- E : au moins cinq des items suivants :
  - préoccupations fréquentes par rapport au comportement,
  - fréquence importante du comportement,
  - efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement,
  - perte de temps passé à avoir le comportement ou le préparer,
  - Réalisation du comportement pendant les obligations (travail...),
  - abandon d'activités importantes au profit du comportement,
  - poursuite du comportement malgré la connaissance du risque lié au comportement,
  - Tolérance (besoin d'augmenter les doses, ou effet diminué si même dose),
  - Agitation si comportement impossible.
- F : certains symptômes du trouble ont persisté au moins 1 mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

**La dépendance** se définit donc comme une perte de contrôle de la consommation et une perte de liberté de s'abstenir de la substance. C'est une maladie chronique même si elle n'est pas forcément quotidienne. Elle est liée à un état physiologique de neuro-adaptation, et la nécessité de poursuivre pour éviter le syndrome de sevrage.

## C - Les différents types d'usage alcoolique selon l'OMS

---

1. **Le non usage.**
2. **L'usage occasionnel**
3. **L'usage simple** (ou usage régulier) :
  - moins de 3 verres par jour pour un homme ou 2 verres/jour pour une femme.
  - avec un jour d'abstinence par semaine.
4. **L'usage excessif** : au-delà de 4 verres par prise ou au-delà de l'usage simple.
5. **L'usage Nocif** : usage responsable de problèmes somatiques, sanitaires et/ou sociaux quelque soit la quantité prise
6. **L'usage à risque** : c'est l'usage dans des conditions qui pourraient entraîner un risque somatiques sanitaire ou social (grossesse, enfance, maladie, médicaments, conduite de véhicule, travail etc...)
7. **L'abus** : C'est l'usage responsable de répercussions judiciaires avec notion de problèmes psycho-sociaux, de répétition etc...)
8. **La dépendance** : psychologique puis physique

## II - Addiction et sexualité

---

### A - Alcool et sexualité

---

Classiquement :

- **Au début de la consommation** il y a une **désinhibition bénéfique** favorisant les rencontres et augmentant le processus d'excitation même si au-delà d'une certaine dose cela diminuera l'excitation, diminuera l'érection chez l'homme et augmentera le risque soit de subir soit d'agresser.
- **En phase 2**, chez les gros buveurs, il y a une **diminution de la libido** et des **troubles de l'érection** chez l'homme ainsi qu'une diminution de la vasocongestion chez la femme.
- **La phase 3** correspond à la période post-sevrage et est en général une période de **calme plat** au niveau sexuel pendant quelques semaines (liée aux antidépresseurs et aux neuroleptiques mais pas que).

### B - Tabac et sexualité

---

Le tabac favorise le **trouble érectile** par diminution de l'oxygénation des tissus et du diamètre artériel.

- → 24% de dysérections chez fumeurs de moins d' 1 paquet /j.
- → 40% de dysérections chez fumeurs de plus d'1 paquet/j.

## C - Cannabis et sexualité

---

Les effets du cannabis sur la sexualité ne sont pas systématisés et sont personne-dépendant.

- Soit : **Aucun effet**,
- Soit : **Stimulant** du désir, du plaisir, avec une levée des inhibitions, une augmentation des perceptions sensorielles, une augmentation de la relation à l'autre, une dilution du temps...
- Soit : **Inhibant**, dont baisse de la libido.

## D - Cocaïne et sexualité

---

La cocaïne va en général **augmenter le désir sexuel**, renforcer **l'érection** et la **sensation orgasmique** en donnant un **sentiment de toute puissance** avec hyperactivité, hypervigilance, partenaires multiples (risque infectieux) etc...

Mais parfois cela peut **retarder l'éjaculation**, créer des **dysérections** et **diminuer les sensations de plaisir** aussi bien chez l'homme que chez la femme, sans compter les complications possibles à type de troubles hormonaux ou de nécroses locales.

## E - Opiacés et sexualité

---

En début de consommation:

- Soit :
  - Favorisent le lâcher-prise, l'excitation sexuelle, l'hypersexualité,
  - Retardent l'éjaculation. (+ chez l'homme jeune) par effet sur la musculature lisse avec anéjaculation possible.
  - Parfois : Réactions orgasmiques à l'injection.
- Soit :
  - inhibent (ou permettent de supporter...)

Ensuite:

- baisse de libido assez généralisée, avec dysfonction érectile.
- Effet hormonaux connus: sur FSH, LH, et la testostéronémie /prolactine, effets sur la libido.
- Interactions avec l'isolement du toxicomane.

## F - Méthadone et sexualité

---

La Méthadone est un opiacé de synthèse donné en traitement de substitution aux opiacés chez les patients toxicomanes.

Les effets possibles sont donc comparables à ceux des opiacés, il faudra doser la

testostérone si besoin et tenir compte des autres traitements ainsi que des autres addictions.

## **G - Ecstasy et sexualité**

---

L'ecstasy (ou MDMA) est connue sous le nom de « pilule de l'amour ».... C'est une drogue qui va stimuler le plaisir, les émotions, les sensations (sonores, visuelles, olfactives...) et l'excitation sexuelle par un effet sur les neurotransmetteurs dopaminergiques, noradrénergiques et sérotoninergiques.

L'effet sera court dans le temps (4 à 6h).

Il existe assez fréquemment une période transitoire dépressive lorsque la drogue a fini de faire effet (la « descente ») qui peut durer 1 à 2 jours et est liée à l'épuisement des réserves de sérotonine.

## **III - L'addiction sexuelle**

---

C'est un concept apparu aux USA il y a une vingtaine d'années.

Patrick Carnes <sup>2</sup> a décrit les addictions sexuelles aux USA mais son livre a surtout permis à des millions d'américains qui trompaient leur femme de se justifier en disant qu'ils souffraient d'une maladie.

On a démontré il y a déjà longtemps que les addictions comportementales, surtout le jeu, ont les mêmes mécanismes que les addictions aux produits (alcool, drogue). Mais en ce qui concerne l'addiction sexuelle, l'imagerie n'a jamais permis de montrer que ce sont les mêmes circuits neuronaux qui entrent en jeu que pour les autres addictions.

On sait également que l'état amoureux, par l'inondation du cerveau en dopamine, peut rendre accro <sup>3</sup>... Mais c'est une autre histoire.

### **A - Définition**

---

Fréquence excessive, croissante et surtout non contrôlée d'un comportement sexuel, en règle conventionnel, qui persiste en dépit des conséquences négatives possibles et de la souffrance du sujet. Le sexe devient alors une priorité absolue, pour laquelle il est prêt à tout sacrifier.

80% des patients atteints d'addiction sexuelle sont des hommes et cela correspond à 3 à 6% des américains.

### **B - Diagnostic**

---

Selon Coleman <sup>4</sup>, il faut présenter au moins 2 caractéristiques parmi les 5 suivantes:

1. **Drague compulsive**, impliquant la recherche constante et insatiable de partenaires multiples.
2. **Sexualité compulsive insatisfaisante** dans laquelle l'autre est réduit à l'état d'objet

partiel.

3. **Auto-érotisme compulsif**, 5 à 15 fois par jour, conduisant à des blessures, à une sensation de fatigue, voire à des difficultés socio-pro.
4. **Fixation compulsive** sur un ou des partenaires inaccessibles, L'objet d'amour est idéalisé, la réciprocité n'est que fantasmée.
5. **Rapports compulsifs amoureux multiples** (recherche permanente d'une intensité de sentiments à travers de nouvelles aventures)

## C - Les différents tableaux cliniques

---

- Hypersexualité, comportements compulsifs,
- Masturbation compulsive,
- Pornographie, internet +++
- Sexualité par téléphone,
- Cybersexe: 6 à 9% des H. internautes, plus de 11h/semaine.
- Drogues pour augmenter le plaisir S,
- Recours à des accessoires S,
- Sexe anonyme
- Sexe payant,
- Sexe intrusif : par abus de position sociale dominante, attouchements des autres sans permission...
- Recherche de mise en danger par relations S non protégées.
- Mais aussi : recherche de plaisir dangereuse : par asphyxie par ligature cervicale, thoracique, abdominale, par électrocution, inhalation de gaz, immersion aquatique.

## D - Relations avec les autres pathologies psychiatriques

---

Il existe des liens étroits entre les Comportements Addictifs Sexuels (CAS) et les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC).

Les patients CAS ont une capacité de passage à l'acte sexuel plus importante que les patients TOC qui eux auront plutôt des comportements de rumination et de mentalisation.

Dans les deux cas des symptômes dépressifs peuvent être décrits, avec un effet positif des antidépresseurs sérotoninergiques.

## E - Relations avec les autres addictions

---

- Les critères de dépendance sont les mêmes,
- Possibilité de syndrome de sevrage, à titre de dépression ou d'anxiété, voire TS, lorsque le comportement sexuel ne peut aboutir.
- Autres conduites addictives associées:
  - alcool, psychotropes (42%),
  - Troubles des comportements alimentaires (38%)
  - Travail (28%),
  - jeu (5%),
  - achats compulsifs (26%)

- Antécédents familiaux d'addictions : 87% (alcool et toxicomanie)

## **E - Relation entre addiction sexuelle et paraphilie (DS)**

---

- 30% de dysfonctionnement sexuelles, mal connues
- Les points communs : la fréquence d'abus sexuels dans l'enfance : 80%
- et les violences physiques subies dans l'enfance : 70 %

## **F - Dépistage de l'addiction sexuelle**

---

On utilise le Test de Carnes <sup>5</sup>, composé de 25 questions. Il est cependant peu utilisé en pratique car il est long et complexe.

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

## G - Prise en charge de l'addiction sexuelle

---

Pluridisciplinaire, idéalement:

- **Addictologique**, pour comprendre les mécanismes de la dépendance du sujet, l'aider à résoudre le cercle addictif.
- et **Sexologique**, pour permettre au patient de (re) trouver une sexualité satisfaisante tant sur le plan corporel qu'affectif, et lui permettre de développer de nouvelles habiletés,.
- **Individuelle** et/ou de **couple**.

Il existe différents modes de prise en charge :

- Dans les pays anglo-saxons on utilise les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)
- Au Canada et US on utilise plutôt les thérapies de groupe.
- En France : Thérapies axées sur le problème (comme en alcoologie par ex), TCC, psychothérapies (Travail corporel, sexothérapies etc...)

On peut également y associer une pharmacothérapie, les traitements antidépresseurs sérotoninergiques étant souvent d'une aide efficace.

Il faut toujours :

- Evaluer,
- Faire des bilans (Bilan biologique éventuel : hormonal, constantes, IST etc..),
- Bilan psychologique,
- Bilan sexologique.++
- et Travailler en réseau addicto et sexo.

La prise en charge du couple se fait soit parallèlement soit dans un deuxième temps, dans la prise en charge addictologique et/ou dans la prise en charge sexologique, afin de :

- favoriser le dialogue, l'écoute et la compréhension,
- Permettre la prise en charge des difficultés du conjoint,
- travailler la co-dépendance.

En consultation, on va être confronté à des concepts flous dont les réponses ne sont pas consensuelles. Par exemple beaucoup de patients vont demander : « A partir de combien de fois par jour cela devient anormal de se masturber ? ». On ne peut pas répondre à cette question. Cela va surtout dépendre du retentissement social, voir du retentissement sur l'estime de soi.

## LIVRES POUR ALLER PLUS LOIN

---





L'amour est une drogue douce... En général



S'affranchir du secret - Sexualité compulsive

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. GOODMAN A. Addiction : definition and implication. Brit J Addict 1990, 85 : 1403-1408 ↵
2. CARNES P. (1993), S'affranchir du secret - Sexualité compulsive. Titre original (1992 « Out of the shadows ») - Modus Vivendi Editions - Quebec - Canada. ↵
3. L'amour est une drogue douce... En général ; Michel Reynaud, Catherine Siguret ; 2013 ↵
4. COLEMAN E. (1992) - Is your patient suffering from compulsive behavior ? Paraphilias and related disorders - Psychiatric Annals 22 ; 6 ; 320 ↵
5. [http://anti-addictions.blogspot.fr/2007\\_03\\_01\\_archive.html](http://anti-addictions.blogspot.fr/2007_03_01_archive.html) ↵