

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**De l'addiction sexuelle à la paraphilie : présentation de cas**

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2021 à 17h30  
au Pôle Recherche

**par Tiphaine MARTINAGE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteure Caroline MEZERETTE**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteure Laura GUSSETTI**

---

# **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## Liste des abréviations

<b>AMM</b>	Autorisation de mise sur le marché
<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>ATSA</b>	Association for the Treatment of Sexual Abusers
<b>CIM</b>	Classification internationale des maladies
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>CSAPA</b>	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
<b>CSP</b>	Comportement sexuel problématique
<b>DASA</b>	Dépendants sexuels et affectifs anonymes
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual
<b>FIV</b>	Fécondation in vitro
<b>HSH</b>	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
<b>INSERM</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>ISRS</b>	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PMA</b>	Procréation médicalement assistée
<b>SAST</b>	Sexual addiction screening test
<b>SCS</b>	Sexual compulsivity scale
<b>SMPR</b>	Service médico-psychologique régional
<b>SSPI</b>	Screening scale for pedophilic interests
<b>TCC</b>	Thérapie cognitivo-comportementale
<b>URSAVS</b>	Unité régionale de soins aux des auteurs de violence sexuelle
<b>WFSBP</b>	World Federation of Societies of Biological Psychiatry

## Table des matières

Résumé.....	6
Introduction .....	7
I. Addiction sexuelle.....	9
A. Historique .....	9
B. Epidémiologie .....	11
C. Généralités sur l'addiction.....	12
1. Physiopathologie du trouble addictif .....	12
2. Neurobiologie de l'addiction .....	12
D. Définition.....	15
1. Qu'est-ce que l'addiction sexuelle ? .....	16
a) L'addiction sexuelle selon Goodman.....	16
b) L'addiction sexuelle selon Carnes.....	17
c) L'addiction sexuelle selon Kafka .....	17
2. Les outils d'évaluation .....	17
E. La clinique .....	20
1. Formes d'expression clinique .....	20
2. Le cycle addictif.....	21
F. Les facteurs de risque.....	22
1. Facteurs de risque individuels .....	23
a) La place des troubles de l'attachement.....	23
b) La place des perturbations du développement sexuel de l'enfant .....	24
(1) Le développement sexuel .....	25
(2) Les comportements sexuels problématiques .....	26
c) La place du trouble de personnalité borderline .....	27
d) La place du trouble de personnalité histrionique .....	29
2. Facteur de risque lié à l'environnement : la place de la pornographie.....	30
a) Définition.....	30
b) Internet et pornographie.....	31
c) La pornographie contemporaine .....	32
d) Epidémiologie et caractéristiques socio-démographiques.....	33
e) Répercussions.....	34
(1) Sur le plan de la sexualité de l'individu .....	34
(2) Sur le plan conjugal .....	35

## MARTINAGE Tiphaine

(3) Sur le plan psychique et sur les représentations .....	36
(4) Sur le fonctionnement cérébral .....	37
(5) Chez l'adolescent .....	38
(6) Les effets bénéfiques.....	39
G. Conséquences et comorbidités de l'addiction sexuelle .....	40
1. Conséquences somatiques .....	40
2. Comorbidités psychiatriques .....	40
3. Comorbidités addictives .....	42
H. Prise en charge.....	43
1. Prise en charge psychothérapeutique .....	44
a) L'entretien motivationnel .....	44
b) Les thérapies cognitivo-comportementales .....	45
(1) L'approche de première intention.....	45
(2) Une nouvelle approche.....	46
c) Les thérapies psychodynamiques .....	46
d) Les thérapies de groupe et groupes d'auto-support .....	47
e) La thérapie de couple .....	47
2. Prise en charge médicamenteuse .....	48
II. Les paraphilies .....	50
A. Historique .....	50
B. Epidémiologie .....	51
1. Sex-ratio.....	51
2. Prévalence .....	52
C. Définition et classification de la paraphilie.....	52
1. La CIM-10 .....	52
2. Le DSM-5.....	53
3. Les huit troubles paraphiliques selon le DSM-5.....	54
4. Les autres troubles paraphiliques.....	56
5. La pédopornographie .....	57
D. Hormones et neurobiologie du comportement sexuel .....	58
1. Hormones et sexualité humaine .....	58
a) L'axe hypothalamo-hypophysaire-gonadique.....	58
b) Effets physiologiques de la testostérone chez l'Homme.....	60
2. Les neurotransmetteurs impliqués dans le comportement sexuel.....	62
a) Les neurotransmetteurs inhibiteurs.....	62

b) Les neurotransmetteurs activateurs .....	63
E. Prise en charge.....	64
1. Evaluation de la paraphilie .....	64
2. Approche thérapeutique .....	65
a) Prise en charge psychothérapeutique .....	65
b) Prise en charge médicamenteuse.....	66
(1) Les antidépresseurs sérotoninergiques .....	67
(2) Les anti-androgènes .....	67
(3) Outil d'évaluation .....	68
c) Les niveaux de recommandations.....	69
III. Cas cliniques .....	70
A. Cas clinique 1 : Madame J.....	70
B. Cas clinique 2 : Monsieur C .....	79
C. Cas clinique 3 : Monsieur W .....	92
IV. Discussion .....	106
A. Résultats.....	106
1. L'addiction sexuelle .....	106
2. Facteurs favorisant la bascule vers la paraphilie.....	108
3. La prise en charge.....	111
B. Limites .....	112
C. Perspectives .....	113
V. Conclusion.....	117
VI. Bibliographie.....	120
VII. Annexes .....	133
<b>Annexe 1</b> : Les critères du trouble addictif selon Goodman en 1990.....	133
<b>Annexe 2</b> : Les critères de l'addiction sexuelle selon Carnes en 1992 .....	134
<b>Annexe 3</b> : Les critères de l'addiction sexuelle selon Kafka en 2010.....	135
<b>Annexe 4</b> : Sexual Addiction Screening Test-Français ou Test de dépistage d'addiction sexuelle de Carnes.....	136
<b>Annexe 5</b> : Algorithme de prise en charge pharmacologique des troubles paraphiliques selon la WFSBP	
138	

## Résumé

**Introduction :** Le comportement sexuel excessif est défini selon plusieurs modèles dont celui des addictions. Sa définition fait toujours débat. L'addiction sexuelle entraîne des conséquences multiples sur l'individu au niveau de sa santé physique et mentale. Elle s'associe à de nombreuses comorbidités addictives. Il peut parfois y avoir des répercussions légales de cette addiction. A partir de là, une bascule vers la sexualité déviante ou paraphilie est possible. La littérature scientifique s'est peu intéressée jusqu'ici à la comorbidité entre l'addiction sexuelle et la paraphilie. Nous souhaitons explorer les facteurs qui font basculer certaines personnes souffrant d'addiction sexuelle vers la paraphilie. Les enjeux de cette problématique sont importants que ce que soit sur le plan légal ou thérapeutique.

**Méthodologie :** Nous présentons trois cas cliniques de patients souffrant d'addiction sexuelle, accompagnés d'une revue de la littérature (établie à partir de PubMed, Google Scholar, EM premium, Science Direct, Cairn et de la littérature externe).

**Cas clinique :** Madame J est à la recherche de partenaires sexuels multiples et débute un suivi avec un psychologue devant des troubles anxio-dépressifs. Les deux autres patients présentent une masturbation compulsive et un usage excessif de pornographie, avec en plus des rapports sexuels tarifés pour l'un d'entre eux. Ils sont soumis à une obligation de soins. Le test de dépistage d'addiction sexuelle de Carnes confirme le diagnostic d'addiction sexuelle chez les 3 patients. Un seul patient présente un trouble exhibitionniste comorbide de son addiction sexuelle.

**Conclusion :** Bien qu'il existe une limite floue entre le concept d'addiction sexuelle et celui de paraphilie. La présentation de ces 3 patients met en évidence que la présence de traits de personnalité pathologiques ou d'un usage excessif de pornographie chez des sujets addicts sexuels favorise la bascule vers la paraphilie. Par ailleurs, on fait le constat que les stimuli sexuels se retrouvent surreprésentés dans notre société et qu'ils constituent un facteur de vulnérabilité et de renforcement environnemental pour les sujets souffrant d'addiction sexuelle. Un travail de prévention est donc nécessaire afin de protéger la santé mentale et sexuelle de ce public fragile, mais également d'autres publics vulnérables, comme les enfants et les adolescents.

**Mots clés :** Addiction sexuelle, paraphilie, trouble paraphilique, trouble de personnalité, pornographie.

## Introduction

Le sexe est un sujet au cœur de l'actualité de ces dernières années : que cela passe par des scandales médiatiques (affaire Weinstein, scandale du Sofitel), par la libération de la parole des victimes d'agression sexuelle (la publication de *La familia grande*, l'affaire Matzneff, #balancetonporc) ou par la dénonciation des pratiques de certains sites web accusés de diffuser des contenus illégaux (Pornhub, OnlyFans). On peut conclure que le sexe et ses représentations constituent un enjeu de société majeur (1).

En parallèle, de nouvelles approches plus positives de la sexualité émergent, comme celle de la santé sexuelle définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2006 comme « *un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient source de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence* » (2).

Les sujets souffrant d'addiction sexuelle se situent aux antipodes de cette définition. Ils souffrent d'une pathologie, considérée comme tabou et honteuse, qui peut les conduire bien au-delà de leurs propres limites internes et légales (3–5). Sur un autre versant de sexualité pathologique, on retrouve les conduites sexuelles déviantes ou paraphilies.

Mon parcours personnel m'a permis de découvrir la prise en charge de la sexualité déviante dans une population particulière que représentent les auteurs d'infraction à caractère sexuel. J'ai pu constater que la problématique addictive de façon générale et sexuelle en particulier y était fréquemment associée. Par ailleurs, j'ai été confronté à la question de la paraphilie et de son



évaluation dans la prise en charge spécialisée des patients addicts sexuels. Pourtant, on retrouve jusqu'ici peu d'études scientifiques s'intéressant à cette comorbidité, l'addiction sexuelle et la paraphilie étant étudiées distinctement (6) .

Ainsi, l'objet de ce travail est d'explorer les facteurs qui font basculer certains sujets souffrant d'addiction sexuelle du côté de la paraphilie, afin d'envisager des modalités de prise en charge pour cette problématique complexe.

Pour tenter d'y répondre, nous allons dans une première partie définir les concepts d'addiction sexuelle et de paraphilie. Dans une seconde partie, nous explorerons le lien entre ces deux entités diagnostiques à travers le parcours de trois patients addicts au sexe. Une meilleure compréhension des facteurs opérant une bascule permettrait d'ouvrir la réflexion sur des moyens de prévention dans cette population fragile représentée par les addicts sexuels, voire d'extrapoler cela en population générale.

# I. Addiction sexuelle

« Nul homme n'est faible par choix. »

Vauvenargues

## A. Historique

Il existe plusieurs termes diagnostiques utilisés pour décrire le comportement sexuel excessif dans la littérature (7–10).

Au 19<sup>ème</sup> siècle, Von Krafft-Ebing est l'un des premiers auteurs à donner une description du désir sexuel intense. Il le qualifie « d'hyperesthésie sexuelle » dans son ouvrage *Psychopathia Sexualis* (6,11). Le satyriasis et la nymphomanie sont des termes anciens utilisés pour définir le comportement sexuel excessif. Le satyriasis désigne l'exagération morbide du désir sexuel chez l'homme et la nymphomanie est son équivalent féminin (3). Ces deux termes sont repris par d'autres auteurs au 20<sup>ème</sup> siècle (12,13). On retrouve également le terme de donjuanisme (14).

C'est dans les années 70 que le terme d'addiction sexuelle fait son apparition au sein de réunions des Alcooliques Anonymes (4). Il remplace alors les anciens termes de satyriasis ou de nymphomanie (3).

Pour la première fois en 1978, le comportement sexuel excessif non paraphilique est conceptualisé comme une addiction (15). Carnes vulgarise véritablement le terme d'addiction sexuelle et le définit comme un comportement pathologique dans son ouvrage *Out of The Shadows : Understanding Sexual Addiction* en 1983 (4,11). Par la suite, Goodman définit en 1990 les critères diagnostiques du trouble addictif comportemental (16). Ces critères sont applicables à toutes les addictions comportementales dont l'addiction sexuelle (17). En 1992, Carnes développe à son tour

un concept d'addiction sexuelle proche de celui de Goodman en identifiant 10 critères (18). D'autres auteurs, comme Barth et Kinder, préfèrent considérer le comportement sexuel excessif comme un désordre atypique du trouble du contrôle des impulsions (19). Pour Mick et Hollander, le comportement sexuel excessif s'apparente plutôt à un trouble du spectre compulsif et impulsif ; où la composante impulsive est impliquée dans l'initiation du cycle, quand la composante compulsive entraîne un maintien du comportement (20).

Dans la troisième édition révisée de la classification américaine des troubles mentaux (DSM-3), qui date de 1987, la sexualité addictive apparaît dans une catégorie assez floue de « troubles sexuels non spécifiés ». Par la suite, le DSM-4 ne fait plus mention du trouble (7,8,21).

Kafka, en se basant sur les travaux de Kinsey (22), définit le comportement sexuel excessif comme un trouble hypersexuel qu'il propose de caractériser par un nombre minimum d'orgasmes évalués à 7 fois par semaine (23). Un groupe de chercheurs menés par Kafka, avait travaillé à l'élaboration de critères diagnostiques du trouble hypersexualité en vue d'une inclusion dans le DSM-5. Cependant, ce trouble n'a pas été retenu en raison d'arguments scientifiques insuffisants (8,24). A noter que seul le jeu pathologique est reconnu comme une addiction sans substance dans la classification américaine (25).

A ce jour, l'absence au DSM-5 du diagnostic d'addiction sexuelle reflète le manque de consensus sur le plan terminologique. Le trouble n'est pas non plus clairement défini par la Classification Internationale des Maladies (CIM). Dans cette classification qui émane de l'Organisation Mondiale de la Santé dans sa 10<sup>ème</sup> édition (CIM-10), le comportement sexuel excessif non paraphilique est qualifié « d'activité sexuelle excessive » et est subdivisée en satyriasis pour l'homme, et en nymphomanie pour la femme. Il est classé dans une sous-partie « Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique » (26).

L'Organisation Mondiale de la Santé a proposé d'inclure dans sa prochaine version de la Classification internationale des Maladies, l'équivalent de l'addiction sexuelle à travers le diagnostic de « comportement sexuel compulsif ». Il est classé dans la catégorie du « Trouble du contrôle des impulsions » (27). Ce nouveau diagnostic est controversé et très critiqué (28,29).

## **B. Epidémiologie**

Les données épidémiologiques sont manquantes dans ce domaine (8). La majorité des études retrouvent une prévalence du trouble d'addiction sexuelle qui varie entre 3 et 6 % dans la population générale (30–32). Toutefois, il apparaît que le trouble à une fréquence plus élevée si on s'intéresse à des populations spécifiques comme celle des agresseurs sexuels (33) ou les patients atteints du VIH (34,35). La prévalence de ce comportement est d'ailleurs plus élevée chez les adolescents du fait d'une consommation importante de contenu pornographique facilitée par l'accès à internet (36).

L'âge moyen d'apparition du trouble se situe autour de la fin d'adolescence et le début de l'âge adulte (30,37). Le sex-ratio est en faveur du sexe masculin et s'élève à environ 3 à 5 hommes pour 1 femme (8,38). Il y a probablement une sous-estimation du trouble dans la population féminine, car le poids de la honte pèse encore plus ici que pour toute autre addiction (4,38,39). De la même façon que la honte, la peur de la stigmatisation ou encore la culpabilité sont des ressentis présents chez les femmes souffrant d'alcool-dépendance (6).

## C. Généralités sur l'addiction

### 1. Physiopathologie du trouble addictif

Dans la plupart des cas, le comportement addictif est agréable dans un premier temps : c'est le renforcement positif. Il évolue ensuite dans le temps, vers un objectif de soulager des sensations désagréables du sevrage et d'un état émotionnel négatif (par exemple l'irritabilité ou l'anxiété) : c'est le renforcement négatif. Progressivement, une perte de contrôle sur les consommations apparaît d'abord sur un mode impulsif puis compulsif, en s'associant au *craving*. Le *craving* se définit comme l'envie irrésistible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là. Enfin, la répétition du comportement addictif conduit à son automatisation. Le système motivationnel est en réalité altéré et détourné au profit du produit ou de l'objet de la dépendance. Le produit ou le comportement addictif envahit progressivement d'autres domaines d'activité de l'individu (6).

### 2. Neurobiologie de l'addiction

Rappelons que le système de la récompense ou circuit mésocorticolimbique, est un système motivationnel qui sous-tend des fonctions vitales pour l'individu (manger, boire) ou pour l'espèce (se reproduire) (6). Le système se constitue de l'aire tegmentale ventrale, siège des neurones à dopamine, qui se projette sur le noyau accumbens et le striatum ventral. La dopamine représente un neurotransmetteur clé de ce système. Elle est considérée comme le neurotransmetteur du plaisir et représente un signal d'apprentissage associé à l'obtention d'une gratification (6). De plus, les substances psychoactives, tout comme les stimuli naturels, sont responsables de la sécrétion de dopamine dans le noyau accumbens (6,40,41).

Des perturbations d'autres systèmes, que celui de la dopamine, sont également retrouvées : aux niveaux des voies noradrénergique de réponse au stress, GABAergique inhibitrice du système nerveux central qui s'affaiblit, quand à l'inverse la voie glutamatergique se trouve renforcée (6).

De la même façon, la voie des opioïdes, la voie sérotoninergique et l'axe gonadique hypothalamo-hypophysaire modulent la libération de dopamine et jouent un rôle dans le processus addictif sexuel (9,42,43). Ces autres systèmes peuvent interagir entre eux puisqu'il existe un couplage noradrénaline/sérotonine pour réguler le système de récompense. Cependant, la répétition de consommations de substances psychoactives conduit à une disparition de ce couplage entre monoamines (6,41).

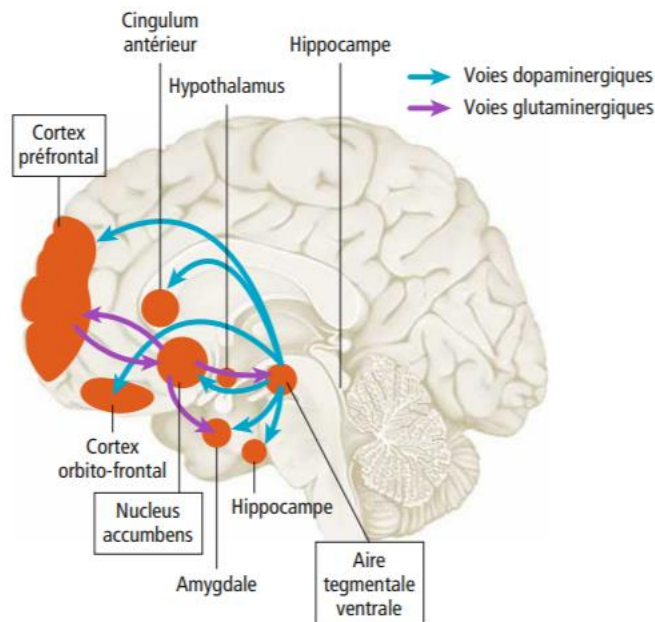
Sur le plan neurobiologique, on fait le constat de similitudes au niveau des régions cérébrales activées chez des sujets présentant des comportements sexuels répétitifs inadaptés et chez ceux présentant une dépendance aux substances psychoactives (44). En effet, la consommation répétée d'une substance psychoactive exogène ou la répétition d'un comportement, sexuel notamment, entraîne des modifications fonctionnelles et structurelles de plusieurs circuits neuronaux au niveau cérébrale (6,41). Ces circuits incluent les circuits de la récompense, de la gestion des émotions et des apprentissages, de la motivation et du contrôle inhibiteur (6).

Parmi les régions cérébrales impliquées et présentes sur le **schéma 1** ci-dessous, nous pouvons citer en exemple :

- le noyau accumbens (appartenant au striatum ventral), il joue un rôle dans le renforcement positif, c'est-à-dire la recherche de plaisir en lien avec la consommation (6),
- l'hippocampe qui est une structure essentielle pour la mémorisation des faits et des lieux marquants dans le parcours d'un individu (6),

- l'amygdale en lien avec la mémoire émotionnelle (6),
- le cortex préfrontal, il exerce un contrôle inhibiteur sur le comportement sexuel et son atteinte lésionnelle peut induire une hypersexualité (7).

**Schéma 1 : Les circuits de prise de décision au niveau cérébrale (6) :**



Les stimuli érotiques ont valeur de récompense (45). Une méta-analyse de 2011 (46), utilisant une technique récente d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, a mis en évidence l'activation de zones cérébrales spécifiques en réponse à un stimulus sexuel visuel. Il s'agit de régions telles que l'amygdale, le cortex cingulaire antérieur et le cortex orbito-frontal qui sont des structures capables d'analyser la valeur d'une émotion sur une échelle allant de la souffrance à l'extase (6). Il s'agit également du striatum ventral (ou noyau accumbens) : cette structure cérébrale est la plus impliquée dans les expériences de récompense ou de plaisir et serait associée au

passage d'un usage contrôlé à un usage compulsif (6). Quant à l'hypothalamus, il va de son côté induire les réponses physiologiques de préparation à l'activité sexuelle (e.g. érection du pénis).

Ces résultats sont en concordance avec d'autres études (44,47,48). De plus, on peut observer une différence de réaction entre les sexes : les hommes ont une activation cérébrale supérieure par rapport aux femmes, en particulier au niveau hypothalamique, en réponse à des stimuli sexuels d'ordre visuel (49).

## D. Définition

Pour expliquer le comportement sexuel excessif, 3 modèles différents ont été proposés (9,15,16,18–20,50) :

- Le modèle du trouble du contrôle des impulsions
- Le modèle du trouble obsessionnel compulsif
- Le modèle du trouble addictif

Nous choisissons de nous focaliser sur le modèle présentant ce comportement comme une addiction sexuelle.



## 1. Qu'est-ce que l'addiction sexuelle ?

L'addiction sexuelle ne doit pas être confondue avec l'hypersexualité (3,6). En effet, il s'agit d'un trouble dans lequel les conduites sexuelles sont excessives, fréquentes et non contrôlées. Elles vont persister en dépit de la souffrance de l'individu et des conséquences négatives possibles dans différents domaines (personnels, professionnels, financiers, santé physique...) (6,10). Ainsi certains auteurs évoquent « *un comportement sexuel impulsif et compulsif, avec tout ce que cela suppose d'appauvrissement affectif, de répétition standardisée et obligatoire, d'exclusivité, amenant une désorganisation de la vie sociale, de la vie familiale puis de la vie professionnelle* » (3).

### a) L'addiction sexuelle selon Goodman

Aviel Goodman a défini en 1990, l'addiction comme « *un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives* » (16). Il ajoute en 1992 que « *le sexe devient alors une priorité absolue dans la vie du sujet pour lequel il est prêt à tout sacrifier* » (17).

Bien que le comportement sexuel excessif ne soit pas clairement défini dans la littérature, il est reconnu par de nombreux auteurs comme une réelle addiction comportementale à travers le concept d'addiction sexuelle (8,17,18).

Goodman est le premier à établir les critères du trouble addictif qui sont applicables à toutes les addictions. Ils sont utilisés pour décrire le concept l'addiction sexuelle (16,17). Il s'appuie pour cela sur les critères du DSM dans sa troisième version révisée. Il identifie ainsi des critères associés

à la perte de contrôle, au *craving* (désir puissant et compulsif d'utiliser une substance ou de réaliser un comportement), à la dépendance physique (phénomène de tolérance et signes de sevrage), à la priorité de l'usage de la substance ou la réalisation du comportement par rapport aux autres centres d'intérêt et à sa poursuite quelles que soient les conséquences. Ils sont reproduits en **annexe 1**.

### *b) L'addiction sexuelle selon Carnes*

A partir des travaux de Carnes (18), dix critères de la dépendance sexuelle ont également pu être établis. Ils sont proches des critères définis par Goodman à savoir : la perte de contrôle dans les comportements sexuels, avec une exposition crescendo à des mises en danger sur le plan sexuel, l'apparition d'une tolérance et de signes de sevrage, la poursuite de ces comportements malgré les répercussions négatives. Il précise que le comportement sexuel est utilisé comme stratégie principale de régulation émotionnelle. Ces critères sont présentés en **annexe 2**.

### *c) L'addiction sexuelle selon Kafka*

Deux décennies plus tard, en 2010, Kafka présente le trouble hypersexuel. Les critères qu'il définit sont très proches de ceux proposés précédemment, puisque le comportement sexuel devient incontrôlé et occupe une place prépondérante dans la vie de la personne. Il apparaît en réponse à un état dysphorique de l'humeur et/ou devant un facteur de stress et se poursuit sans tenir compte des conséquences négatives pour l'individu concerné ou pour autrui. Rappelons que ces critères, présentés en **annexe 3**, n'ont finalement pas été retenus par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) (51).

## **2. Les outils d'évaluation**

Carnes a développé plusieurs outils d'évaluation de la dépendance sexuelle.

Le Sexual Addiction Screening test (SAST) est l'un des premiers outils de dépistage de l'addiction sexuelle applicable aux hommes hétérosexuels uniquement. Il se compose de 25 questions (52). Le diagnostic d'addiction sexuelle est évoqué à partir d'un score de 13. Pour un score compris entre 10 et 13, on parle de symptômes atténués d'addiction sexuelle.

Ensuite, une version adaptée aux femmes homosexuelles apparaît : la WSAST (Women Sexual Addiction Screening Test) (38) ; et également la version adaptée aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) : la GSAST (Sexual Addiction Screening Test for Gay men) (53). Néanmoins, peu d'études ont démontré leur utilité (51).

L'équipe de Carnes élabore donc une nouvelle version du questionnaire SAST en 2010, appelée SAST-R et élargit à une plus large population réunissant des individus des 2 sexes quelle que soit leur orientation sexuelle (54). Dans cette version, on évalue différents éléments que sont les troubles relationnels, les préoccupations sexuelles, les troubles affectifs, le sentiment de perte de contrôle et la consommation de cybersexualité. Il en existe une version française qui vient récemment d'être validée (55,56). Elle est présentée en **annexe 4**.

Le questionnaire **PATHOS** est un outil d'évaluation court en 6 questions élaboré par Carnes sur la base du SAST-R en 2012 (57). Sa traduction a été réalisée par l'équipe de Karila et correspond à l'acronyme **PEACCE** (39). Les questions suivantes peuvent aider le clinicien à conforter son diagnostic :

- 1) Vous trouvez-vous souvent préoccupé par des pensées sexuelles ? (**P**ensées)
- 2) Cachez-vous certains de vos comportements sexuels à votre entourage (partenaire de vie, famille, amis proches...) ? (**E**ntourage)

- 3) Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'appréciez pas de faire ? (**A**ide)
- 4) Est-ce que quelqu'un a déjà été heurté/blessé émotionnellement, à cause de votre comportement sexuel ? (**C**onséquences)
- 5) Vous sentez-vous contrôlé par votre désir sexuel ? (**C**ontrôle)
- 6) Vous sentez-vous triste après être passé à l'acte sexuellement (rapports sexuels, internet, autres) ? (**E**motions)

Le score s'étend de 0 à 6 et un score supérieur ou égale à 3 évoque le diagnostic d'addiction sexuelle.

Il existe environ une vingtaine d'échelles de mesure élaborées pour explorer ou aider au diagnostic de ce trouble sexuel addictif (37). L'une des plus utilisée reste le Sexual Compulsivity Scale (SCS). Elle comprend 10 items qui évaluent les préoccupations sexuelles, les pensées sexuelles intrusives et le comportement sexuel compulsif. Le score minimum pour évoquer le diagnostic d'addiction sexuelle est de 24 sur un total de 40 (58).

## E. La clinique

### 1. Formes d'expression clinique

Les formes d'expression clinique de la dépendance sexuelle sont variées. Kafka propose dans sa définition du trouble d'hypersexualité, de spécifier s'il s'agit de masturbation, de pornographie, de comportements sexuels en compagnie d'adultes consentants, de cybersexualité, de sexe téléphonique ou d'usage de club de strip-tease.

Pour Coleman et ses collaborateurs, il existe 7 sous types de comportements sexuels excessifs regroupés sous (50) :

- La séduction compulsive
- La masturbation compulsive
- La recherche de partenaires sexuels multiples
- La fixation amoureuse sur des partenaires inaccessibles (addiction au sentiment amoureux)
- La recherche compulsive de relations amoureuses
- L'utilisation compulsive de supports pornographiques
- L'utilisation compulsive d'internet à des fins sexuelles

Parmi ces différentes formes cliniques, deux types de comportements sont plus à risque de perte de contrôle et sont aussi les plus fréquemment retrouvés. Cela s'explique par l'essor d'internet qui offre une gamme illimitée de supports sexuellement explicites et d'échanges possibles entre individus (34,51,59,60). Il s'agit de :

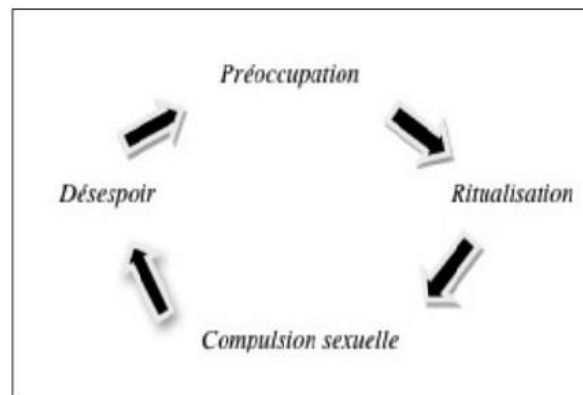
- la masturbation compulsive, qui associe une moyenne de 5 à 15 passages à l'acte par jour ;
- la dépendance cybersexuelle.

Dans le cas particulier de la dépendance cybersexuelle, les femmes et les hommes semblent faire un usage différent d'internet. Les femmes apparaissent comme plus intéressées par les activités sexuelles interactives telles que la participation à des chats sexuels, alors que les hommes rechercheraient plutôt une stimulation par du contenu visuel érotique ou pornographique (61–63).

## 2. Le cycle addictif

Les travaux de Reed et Blaine, ont mis en évidence que le cycle addictif d'un sujet souffrant de dépendance au sexe évolue en 4 phases (64) voir **figure 1** :

**Figure 1.** Cycle de l'addiction selon Reed et Blaine (65)



Ainsi, dans le trouble addictif sexuel, nous retrouvons :

La phase de **Préoccupation**, où le sujet addict est envahi par des pensées obsédantes à caractère sexuel.

La phase de **Ritualisation**, où le sujet met en place des rituels qui aboutissent à l'exécution d'un comportement sexuel précis (recherche de supports visuels à caractère pornographique, élaboration de scénarios...).

La phase de **Compulsion sexuelle**, où le sujet finit par perdre le contrôle et à passer à l'acte, mais le soulagement n'est que temporaire.

La phase de **Désespoir**, où un sentiment de vide, de honte et de culpabilité apparaît chez le sujet face à sa propre incapacité à se maîtriser.

Selon Karila, il existe une phase supplémentaire qualifiée de **Résolution**. De durée variable, dans laquelle, le sujet décide de mettre fin à son comportement (10,66). Plusieurs études ont montré qu'un événement de vie stressant ou l'apparition d'un état dysphorique de l'humeur constitue le déclencheur de ce cycle addictif (8). Cependant, chaque répétition du comportement sexuel intensifie le schéma addictif qui finit par envahir tous les domaines de la vie du sujet (37).

## F. Les facteurs de risque

Selon Olievenstein, l'addiction correspond à « *la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel* ». Elle résulte donc de l'interaction entre différents facteurs de risques liés au produit, à l'individu ou à son environnement (6).

Le modèle trivarié d'Olievenstein décrit les facteurs de risques et les facteurs de vulnérabilité des conduites addictives. Cette évaluation a un triple intérêt : la prévention, le diagnostic et le pronostic d'un trouble addictif. En effet, ces facteurs de risque des addictions, se transforment en facteurs de gravité des conduites addictives (6).

Il est nécessaire de les prendre en compte dans l'évaluation multimodale du sujet addict.

## 1. Facteurs de risque individuels

Dans les facteurs propres au sujet, la question des troubles psychiatriques associés est cruciale. En effet, il existe 80% de troubles psychiatriques comorbides tels que : les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les autres addictions (34). Les troubles de personnalité sont aussi très fréquents (34). Ils se caractérisent par l'existence d'un mode durable dans la manière de penser, de se comporter ou de se sentir, et qui diffère significativement de la population générale, stable dans le temps. Ce mode de fonctionnement apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il est source de souffrance ou d'altération du fonctionnement (67).

### a) *La place des troubles de l'attachement*

Bowlby élabore en 1969 sa théorie de l'attachement ; et il le définit comme un besoin primaire et vital de l'enfant pour se sentir en sécurité (68).

Les modes d'interaction dans les relations précoces d'un enfant avec sa figure d'attachement, en général sa mère, constituent le socle des régulations émotionnelles qu'il développera et utilisera plus tard dans ses relations intimes (68,69). Selon les travaux d'Ainsworth (70) complétés par Main et Salomon (1), il existe 4 styles d'attachement : l'attachement sécurisé qui est le plus fréquent (environ 65% des cas) d'un côté ; et de l'autre côté 3 modalités d'attachements insécures (1) que sont l'attachement anxieux-évitant (15-20% des cas), l'attachement anxieux-ambivalent (10-15% des cas), l'attachement désorganisé (5-10% des cas).

Ainsi, dans l'attachement sécurisé la relation entre l'enfant et sa figure d'attachement est harmonieuse, car cette dernière écoute et répond aux besoins de l'enfant (1). L'attachement sécurisé signe les processus relationnels des personnes qui ont une bonne estime d'elle-même et des autres.



Leurs stratégies interpersonnelles et leur fonctionnement interne leur permettent d'instaurer une relation d'intimité (69).

Plus de la moitié des sujets addicts ont un attachement insécure (6). Il a été mis en évidence un âge plus précoce pour les relations sexuelles ainsi qu'un plus grand nombre de partenaires sexuels chez des adolescents ayant un attachement insécure (1).

On retrouve en particulier une association forte entre le trouble de l'attachement de type anxieux-ambivalent et l'addiction sexuelle (71). Dans cette modalité d'attachement, la figure d'attachement n'est pas toujours disponible pour répondre aux besoins de l'enfant. L'ambivalence de la figure d'attachement a comme résultat de rendre l'enfant également ambivalent, il cherche un réconfort tout en émettant de la résistance et en éprouvant de l'anxiété ou une détresse importante en l'absence de sa figure d'attachement (1). A l'âge adulte, le sujet perçoit positivement les autres, mais ne dispose pas d'une bonne estime de lui-même. Il est en recherche d'amour, mais en même temps ne se sent pas digne d'être aimé (69).

La théorie de l'attachement permet de comprendre comment les relations interpersonnelles dans la petite enfance influencent le développement de la personnalité (72,73).

### *b) La place des perturbations du développement sexuel de l'enfant*

Chez 80% des sujets souffrant d'addiction sexuelle, il existe des antécédents d'abus sexuels subis dans l'enfance (6). Dans cette perspective, il apparaît indispensable d'explorer la sphère du développement sexuel.

*(1) Le développement sexuel*

Le modèle le plus ancien du développement sexuel nous a été apporté par Freud au cours du 20<sup>ème</sup> siècle avec la théorie psychanalytique. Il est le premier à qualifier l'enfant d'être sexué et sexuel (1).

Le nourrisson peut activer des réflexes sexuels (érection du pénis, lubrification vaginale, érection clitoridienne) dans le cadre de situations non sexuelles comme les soins parentaux, la tétée, la toilette, l'affection physique... (1,74).

Les premiers comportements d'autostimulation apparaissent précocement dès les premiers mois de vie, et même avant la naissance (75,76). Mais cette pratique ne devient consciente et volontaire que vers l'âge de 5 ans et reste sporadique au cours de l'enfance. L'activité masturbatoire devient réellement effective (geste plus précis au niveau génital, développement de fantasme) à partir de 9-10 ans majoritairement chez les garçons, et légèrement plus tard chez les filles (1).

Un lien d'attachement sécurisant semble indispensable à l'enfant pour qu'il manipule de façon fréquente ses organes génitaux. En effet, Spitz a rapporté en 1949 que les enfants qui n'avaient pas bénéficié de soins physiques et affectifs adaptés n'exploraient pas leur zone génitale (74).

Le développement sexuel est caractérisé par une étape importante que représente l'acquisition de l'identité de genre (1). Cette expression désigne la phase au cours de laquelle un individu acquiert son sentiment d'appartenance à un sexe (77). Elle s'acquiert en 4 étapes successives que sont la conscience, l'identification, la stabilité et la consolidation du genre effective vers l'âge de 6 ans (1).

A partir de 6 ans, l'enfant prend part à des jeux sexuels avec ses pairs et sa fratrie, c'est-à-dire des explorations et des attouchements sur les parties sexuelles de son corps au travers de jeux comme « le jeu du docteur » ou « jouer au papa et à la maman » (1,78). Ils sont très fréquents, entre 25 et 50 % des enfants seraient concernés. Certains jeux sont proches du comportement sexuel de personnes adultes, avec contacts génitaux ou miment l'acte sexuel.

A partir de 9 ans et jusqu'au début de la puberté, les jeux sexuels continuent et s'y ajoutent des activités à caractère érotique (1).

### (2) *Les comportements sexuels problématiques*

Des stimulations sexuelles précoces perturberaient le neurodéveloppement sexuel (10). Les comportements sexuels problématiques (CSP) sont à considérer comme des manifestations qui se situent en marge d'un développement sexuel sain (79). En effet, il s'agit de conduites qui dépassent de loin l'exploration corporelle associée à un niveau de développement psychique donné (80).

Les CSP sont définis par l'ATSA (ou Association for the Treatment of Sexual Abusers) comme des « *comportements impliquant des parties sexuelles du corps qui sont initiés par un enfant de 12 ans et moins, et qui sont inappropriés d'un point de vue développemental ou qui sont potentiellement néfastes pour l'enfant lui-même ou pour les autres* » (80). Les CSP se distinguent des comportements sexuels considérés comme normaux par leur caractère répétitif, leur persistance dans le temps et les situations, l'étendue des gestes sexuels qui correspondent à des comportements d'adultes, l'interférence avec le développement de l'enfant (la sexualité est surinvestit au détriment des autres aspects), l'incapacité à cesser le comportement sexuel malgré la supervision et de l'intervention des adultes, l'usage de la coercition ou encore la différence d'âge ou de niveau développemental des enfants impliqués (80,81).

Pour autant, les enfants qui présentent des CSP agissent le plus souvent de façon impulsive sans rechercher systématiquement une récompense ou une stimulation sexuelle. Le geste peut être fait par imitation, par curiosité ou à la recherche d'une anxiolyse. Ils ne doivent donc pas être considérés comme des agresseurs sexuels au même titre que des adultes (79).

Plusieurs facteurs semblent contribuer au développement des CSP tels que les antécédents de maltraitance incluant les abus sexuels, le fait de vivre dans un environnement hypersexualisé (accès à la pornographie, exposition à la sexualité des adultes, absence de frontières sexuelles) ou l'exposition à la violence intrafamiliale (81,82).

Nous pouvons noter que des antécédents de violences physiques subies dans l'enfance existent dans 70 % des cas de personnes atteintes d'addiction sexuelle. Les antécédents d'abus sexuels sont retrouvés dans 80% des cas (6).

Ainsi, des auteurs tels que Carnes émettent l'hypothèse que l'addiction sexuelle représenterait une stratégie de faire face dysfonctionnelle chez des individus confrontés à un vécu traumatique dans l'enfance qui conduit à des ressentis de honte et d'anxiété (83).

### *c) La place du trouble de personnalité borderline*

D'après le DSM-5, le trouble de personnalité *borderline* (ou état-limite) se définit comme un mode général d'instabilité dans les relations interpersonnelles, l'image de soi et des affects. Il est marqué par la notion d'impulsivité. Elle se manifeste dans au moins deux domaines potentiellement dommageables : comportements sexuels à risque ou usage de drogues, par exemple.

On peut observer une répétition, de façon impulsive, des passages à l'acte auto-agressif à type de gestes suicidaires ou automutilations. D'ailleurs, le décès par suicide survient dans 8 à 10 % des

cas. Il existe chez les sujets atteints une peur intense de l'abandon liée à une intolérance à la solitude.

La perturbation des affects comporte une instabilité affective et une réactivité marquée de l'humeur (humeur dysphorique voire dépressive, irritabilité... ; s'étalant sur quelques heures voire quelques jours). Elle est déclenchée par des événements minimes, ce qui témoigne de leur hyperactivité et de leur vulnérabilité aux facteurs de stress interpersonnels. Les patients rencontrent des difficultés à gérer leur colère qui s'exprime sous forme d'accès de rage intense. Ces épisodes surviennent souvent dans un contexte d'abandon, réel ou imaginaire.

L'image de soi est dichotomique et instable, fondée sur la notion de bon/mauvais et souvent associée à un sentiment chronique de vide et à des états dissociatifs sous l'influence du stress. On retrouve souvent des antécédents de mauvais traitements physiques et sexuels, de négligence parentale, de conflits parentaux ou de perte/séparation parentale précoce dans ce trouble de personnalité (67). Un style d'attachement anxieux-ambivalent serait associé à ce trouble de personnalité (84).

Certains auteurs mettent en avant des dimensions d'impulsivité, de faible estime de soi d'antécédents d'abus sexuels et de traumatismes dans l'enfance comme éléments caractéristiques des sujets présentant une dépendance au sexe (85). Il s'agit d'éléments appartenant aussi au diagnostic du trouble de personnalité *borderline*. On peut donc considérer que les troubles de la personnalité, et en particulier le trouble de personnalité *borderline*, constituent des facteurs de vulnérabilité permettant l'émergence des conduites addictives (6).

*d) La place du trouble de personnalité histrionique*

Les personnalités histrioniques se caractérisent sur un mode général de réponses émotionnelles et de quête d'attention excessives et envahissantes. Dans leur interaction avec autrui, on leur retrouve un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante. Il en résulte qu'elles considèrent leurs relations plus intimes qu'elles ne le sont en réalité. Leur expression émotionnelle peut être superficielle et changer rapidement. Elles utilisent fréquemment leur aspect physique pour attirer l'attention sur elles et ont une manière de parler très subjective, mais pauvre en détails. On observe chez ces sujets une dramatisation, un théâtralisme et une exagération de l'expression émotionnelle. Ils sont aussi très suggestibles, c'est-à-dire que leurs opinions et leurs sentiments sont facilement influencés par autrui ou par les circonstances (67). Un style d'attachement anxieux-ambivalent serait également associé à ce trouble de personnalité (86).

Il s'agit d'un des troubles de personnalité les plus comorbides du trouble addictif sexuel (6). Cela se vérifie dans une étude de Black et ses collaborateurs portant sur 36 sujets présentant un comportement sexuel compulsif, les personnalités histrioniques représentaient 21% de l'échantillon (87).

## 2. Facteur de risque lié à l'environnement : la place de la pornographie

« On asservit les peuples plus facilement avec la pornographie qu'avec des miradors. »

Alexandre Soljenitsyne

### a) Définition

La pornographie provient du mot grec *pornographia*, lui-même issu de l'assemblage des mots *pornê*, « la prostituée » et *graphein*, « écrire » ou plus largement décrire, représenter. Le terme fait référence à la prostitution dans l'Antiquité Grecque. Il désigne en effet la peinture d'une prostituée en action à laquelle on attribue une valeur artistique de représentation du plaisir sexuel (88,89). Toutefois, l'étymologie du mot ne nous permet pas de le saisir dans toute sa forme contemporaine.

L'appellation de « film X » est récente, elle a été établie par la loi de finances de 1975 afin de distinguer parmi l'ensemble des films distribués en France, les films pornographiques des autres, et ainsi limiter leur diffusion aux salles de cinéma spécialisées. Cependant, le caractère pornographique n'a pas été défini par cette loi (89,90). Peu avant cette date, la distinction entre pornographie et érotisme a été établie juridiquement en 1972 par le tribunal correctionnel de Paris. La pornographie se distingue par le fait « *qu'elle prive les rites de l'amour de tout leur contexte sentimental, en décrivant seulement les mécanismes physiologiques, et en concourant à dépraver les mœurs* » (89).

Pour Laurent Guyénot, auteur du *Livre noir de l'industrie rose* (91), « *La pornographie est un phénomène typiquement moderne. Elle est en quelque sorte le produit symbolique de trois aspects convergents de notre société :*

1) *l'idéologie dominante du libéralisme sexuel,*

2) *l'omniprésence et la puissance de l'image et*

3) *la recherche effrénée du divertissement* ».

Sa définition est plurielle et ne fait pas consensus. Nous citerons par exemple la définition de Robert Stoller, psychanalyste qui considère que la pornographie est « *un produit fabriqué avec l'intention de produire une excitation érotique. La pornographie est pornographique quand elle excite. Toute pornographie n'est donc pas pornographique pour tous* ».

### *b) Internet et pornographie*

Le secteur du film pour adulte a été capable de se réinventer à plusieurs reprises : partant des salles de cinéma spécialisées jusqu'aux sex-shops où se mêlent cassettes vidéos et magazines érotiques. Les films X deviennent de plus en plus faciles d'accès grâce à la vente par correspondance ; l'usage domestique et individuel de pornographie remplace donc progressivement la location collective (89,91). Le cinéma est donc un média très important qui a contribué à la démocratisation du contenu pornographique (89).

Par la suite, Internet révolutionne la pornographie (92). Les mots « sexe » et « pornographie » sont les plus recherchés par les utilisateurs d'internet (93). La pornographie y est très répandue puisque 10 à 12 % des sites web sont à caractère pornographique (39,89). Des sites internet spécialisés tels que Xtube ou Youporn apparaissent au début des années 2000 et fournissent un contenu gratuit disponible en ligne. Cela se fait au détriment des autres secteurs de production pornographique (magazines, vidéos, DVD) (94).

Internet est actuellement un des premiers outils utilisés par les consommateurs de matériel sexuel et pornographique (51). Le sexe sur internet est un business florissant, qui pèse près de 57 milliards estimés dans une étude de 2008 (95). Il existe même une industrie dédiée et située aux Etats-Unis,



dans la « Porn Valley » en Californie, où les films sont produits et adaptés aux goûts des utilisateurs, en fonction des statistiques de connexion des utilisateurs (39). Les films européens sont aussi présents sur le marché, puisque Budapest en Hongrie est qualifiée « d'Hollywood européen du porno » (89). Les réseaux sociaux et le *dark web* sont également des supports de diffusion et de vente (39).

La particularité de ce média, décrite par Cooper et ses collaborateurs, est de créer un climat permissif et propice aux activités sexuelles sans limite car internet offre le sexe de façon anonyme, gratuite et en accès libre 24 heures sur 24 et partout (96). D'autres auteurs préfèrent parler du modèle **ACE** : pour **A**nonymat, **C**ommodité et **E**vaison. Ici, l'anonymat offrirait un certain confort (pas de peur du jugement, pas d'identité reconnaissable) et une impression de maîtrise des contenus et de la nature des expériences sur le web ; la commodité des applications favorise quant à elle l'interaction avec de nouvelles personnes et permet en même temps de garder la distance sur l'impact possible (par l'absence de contact physique réel avec l'autre individu) ; l'évasion correspond à la régulation des situations de stress ou de contraintes de la vie quotidienne (97).

### *c) La pornographie contemporaine*

La pornographie dans sa logique de transgression, franchit les interdits fondamentaux fixés par la religion et la loi morale : le péché, le délit et le tabou. En effet, en ce qui concerne la pornographie légale, elle va représenter des acteurs en plein ébat avec des gros plans sur leurs organes sexuels, des relations homosexuelles, des pratiques extrêmes (le gang bang ou orgie réunissant de nombreux partenaires des deux sexes ou une partenaire et plusieurs exécutants, le sadomasochisme, la zoophilie qui fut tolérée à une période...). Il reste cependant deux ultimes interdits, dont la production est très surveillée : la pédophilie et l'inceste (89).

Dans les représentations pornographiques modernes, la pornographie a muté d'un « porno chic » diffusé dans les années 1980-1990 et comportant un décor soigné avec une tentative de scénario, vers un « gonzo trash » (89). Le terme « gonzo » est emprunté au journalisme et désigne une méthode d'enquête subjective où le journaliste participe lui-même à l'événement qu'il rapporte (98). Dans les films de type « gonzo », les plus répandus actuellement, on retrouve une succession de scènes de pénétrations filmées et tournées en caméra subjective, sans intrigue ni mise en scène et presque sans dialogue en dehors de bruitages de circonstance (89,94). Ce genre de film se veut d'une pornographie plus ancrée dans la réalité : la façon de filmer par exemple plonge le spectateur dans l'acte sexuel à travers les yeux de l'acteur (94). On parle d'une ère de la pornographie de la démolition et de l'humiliation (94,98). Ce genre a rapidement prospéré pour des raisons financières et se confond souvent avec un cinéma amateur violent (94,98).

Ces deux types de films pornographiques, amateur et gonzo, ont comme particularité d'être à petit budget et de faire une compétition à un autre genre dit « hard glamour » qui propose plutôt des intrigues et s'appuie sur une certaine esthétique (89). Les « snuff movies » (*to snuff* : mourir, expirer en anglais) représentent un cas extrême dans la pornographie, on y retrouve des actes de cruauté tels que des viols pouvant aller jusqu'au meurtre (89,94).

#### d) *Epidémiologie et caractéristiques socio-démographiques*

La grande majorité de la population générale utilise le sexe en ligne sans que cela ne soit problématique : en effet, 51% des femmes et 90% des hommes ont des activités sexuelles en ligne (pornographie, webcam, jeu de rôles virtuels...) considérées comme non pathologiques (99). Cependant, on constate que depuis l'apparition des nombreux sites pour adultes sur internet, la prévalence de l'addiction sexuelle est en hausse (39).

L'un des éléments le plus préoccupant est l'exposition des enfants à du contenu pornographique, et cela, de plus en plus tôt y compris dès le primaire. L'âge moyen de première exposition à la pornographie se situe autour de 11 ans et cette exposition est le plus souvent involontaire (94,95).

Les utilisateurs adultes de pornographie sur internet sont le plus souvent des individus de sexe masculins, jeunes et sexuellement actifs et avec un niveau élevé d'éducation (enseignement supérieur) (93,100). Une faible proportion, environ 1% des utilisateurs d'internet, ont un profil d'utilisation problématique du sexe en ligne et 40% de ces cas extrêmes seraient des femmes (92).

### *e) Répercussions*

L'impact d'un usage excessif de pornographie est global, il se retrouve sur le plan individuel, conjugal, familial, social et parfois professionnel, pouvant occasionner une perte d'emploi (5).

#### *(1) Sur le plan de la sexualité de l'individu*

A partir d'une enquête nationale sur les comportements sexuels en France réalisée dans les années 1990, deux profils de consommateurs de pornographie apparaissent : ceux qui l'utilisent en complément à une activité sexuelle d'un côté, ceux pour qui la pornographie représente un substitut à une activité sexuelle relationnelle plus faible ou absente d'un autre côté. Dans cette même enquête, les amateurs de pornographie déclarent avoir des besoins sexuels plus importants que la moyenne des autres hommes adultes. Bien que leurs pratiques sexuelles soient plus diversifiées avec de nombreux partenaires, leur degré de satisfaction est moindre et s'élève à 36,8% pour ces consommateurs de pornographie, contre 45,1% pour les autres hommes (101).

Les grands consommateurs de pornographie ont du mal à établir une intimité dans la relation du fait de l'écart existant entre les attentes d'une partenaire réelle et les représentations véhiculées

dans la pornographie où les femmes sont toujours satisfaites (71). De plus, l'imaginaire est pollué d'images pornographiques inutilisables dans la relation sexuelle avec le ou la partenaire, ce qui renforce la séparation entre sexe et émotion (94).

Il a d'ailleurs été mis en évidence que des niveaux d'expositions importants à la pornographie entraînent une réponse cérébrale moindre et une nécessité d'augmenter l'intensité du contenu pour obtenir une stimulation sexuelle équivalente (102). Voon et ses collaborateurs ont réalisé en 2014 une étude d'imagerie fonctionnelle sur des sujets âgés de 25 ans en moyenne, ayant un usage excessif de pornographie en ligne. Il a été constaté chez 11 de ces 19 sujets, une baisse de la libido ou de la capacité à obtenir une érection dans une relation sexuelle avec une femme, alors qu'il n'y avait pas de troubles dans la sexualité avec le matériel en ligne (44). Une autre illustration de cette difficulté à s'engager dans l'intimité des consommateurs excessifs de pornographie se traduit dans une multiplication du nombre de partenaires sexuels et l'utilisation de relations sexuelles tarifées (103).

## *(2) Sur le plan conjugal*

La consommation de pornographie impacterait négativement la vie de couple en abaissant le niveau d'intimité et de satisfaction sexuel (63,104). Dans les deux sexes, les activités sexuelles en ligne sont en général à l'origine d'une diminution de la confiance dans le couple et inspirent un sentiment de trahison équivalent à une infidélité (63,105). Bien que pour certains couples au contraire, le sexe en ligne a un rôle de stimulation de leur vie sexuelle (106).

Dans la littérature, il existe une association entre usage de pornographie et dysfonctions sexuelles et en particulier le trouble de l'érection chez le sujet jeune (102,107). Les troubles de

l'érection sont plurifactoriels (94). Toutefois, la question du trouble de l'érection en lien avec l'anxiété de performance doit être évaluée en premier lieu, en particulier si le sujet est jeune (102).

(3) *Sur le plan psychique et sur les représentations*

La consommation de matériel pornographique peut accentuer les préoccupations concernant l'apparence physique et conduire à une augmentation des critiques du corps du partenaire ; elle peut aussi faire naître une pression relative à la performance sexuelle dans les deux sexes (94,108). Cet usage aurait des répercussions négatives dans la vie réelle avec une moindre envie de pratiquer l'activité sexuelle avec un partenaire (108). Des sentiments de solitude et honte, voire de colère, peuvent se diriger contre le partenaire plutôt que contre la pornographie (94). La pornographie impacte également l'utilisateur dans son estime de soi et renforce le sentiment de solitude (94,109).

La pornographie biaise les représentations entre les hommes et les femmes. Sur le long terme, le visionnage de pornographie peut entraîner des conséquences néfastes sur la représentation de l'autre. Il existe un filtre sexuel qui peut conduire les grands consommateurs de pornographie à interpréter un échange convivial avec un individu du sexe opposé comme des avances sexuelles (4,5). La majorité des contenus diffusés s'articulent autour du mythe du viol, à savoir « *que les femmes refusent l'acte sexuel pour mieux exciter les hommes [...] leur refus est considéré comme un simple jeu de la séduction* » (94). Il en résulte que le viol imprègne les fantasmes sexuels de certains consommateurs de pornographie, et que cela serait une source d'inquiétude pour eux (94). Le risque de dérive existe avec par exemple l'apparition d'une banalisation de comportements agressifs envers les femmes ou le visionnage de contenu déviant (pédopornographie, zoophilie...) (5).

(4) Sur le fonctionnement cérébral

La pornographie modifie la structure cérébrale. L'usage excessif de pornographie modifie les mêmes régions cérébrales, notamment au niveau du striatum, que la consommation de substances psychoactives (102,110). Il existe des biais attentionnels en relation avec des indices (ou *cues*) de nature sexuelle chez les consommateurs excessifs de pornographie, de la même façon que dans le trouble d'usage aux substances psychoactives (111,112). Ces *cues*, ou indices, sont des stimuli associés à l'usage d'une substance ou la réalisation d'un comportement. Ils sont capables d'induire des réactions conditionnées dont du *craving* (6).

Dans une étude berlinoise menée en 2014, les chercheurs ont mis en évidence une corrélation entre une consommation de pornographie, même modérée et un amincissement de la substance grise au niveau du striatum, structure du cerveau impliquée dans le développement de comportements automatiques. Il apparaît également une perturbation de l'interaction striatum et cortex préfrontal. Pour expliquer ce lien, on avance l'hypothèse que les individus dont le volume de striatum est plus faible, aient en réalité besoin d'avantage de stimulations externes pour éprouver du plaisir. Le risque pour ces sujets est alors de développer une consommation excessive de pornographie en ligne (110).

Ainsi, des chercheurs ont conclu qu'à long terme une exposition excessive entraînerait un besoin toujours plus important de nouveaux stimuli sexuels, voire de stimuli de plus en plus extrême ; cela s'expliquerait par un phénomène de désensibilisation du circuit de la récompense face à une stimulation sexuelle répétée (102,104,110,112,113). Cette adaptation du système dopaminergique est un mécanisme de contre régulation qui correspond au phénomène de tolérance retrouvé dans d'autres processus addictifs (6). La tolérance se définit donc par le besoin d'obtenir une quantité

toujours plus forte pour obtenir l'ivresse ou l'effet désiré, ou par l'obtention d'un effet diminué pour une quantité inchangée (6).

La mise en évidence de similitudes avec d'autres troubles addictifs amène donc certains auteurs à considérer l'addiction à la pornographie comme un sous-type de l'addiction à internet (102,114) ou comme une forme de cyberaddiction sexuelle (51).

#### *(5) Chez l'adolescent*

Les adolescents sont particulièrement vulnérables à la pornographie (91) car l'adolescence est une période marquée par la recherche de modèles d'identification, surtout en matière de sexualité (94). Le problème de ce média provient de la vision déformée de la sexualité qu'il fournit (36). Plus les jeunes consomment tôt la pornographie, plus leurs désirs et fantasmes s'inspireront des codes pornographiques ; et plus ils consommeront ce type de contenu avec régularité et à une fréquence rapprochée (94).

Or, le risque de développer une addiction est plus important à cet âge, car la maturité cérébrale n'est pas achevée (6). Plus précisément, ceci s'explique par le fait que l'adolescent n'a pas encore l'effet inhibiteur de son cortex préfrontal, mais son système de récompense est lui déjà actif (6,115).

Une méta-analyse de 2012 a mis en avant les impacts négatifs de la pornographie sur la vie sexuelle et sociale des adolescents. Owens et ses collaborateurs ont observé une corrélation entre une consommation rapprochée de pornographie et le développement de valeurs et croyances sexuelles irréalistes ainsi qu'une expérimentation sexuelle plus précoce. Les filles se retrouvent impactées au niveau de l'image de leur corps, et les garçons sur la question de la virilité. Sur le plan

social, on note une plus grande difficulté d'intégration sociale ce qui entraîne davantage de troubles des conduites, comportements délinquants ou de troubles dépressifs (36).

(6) *Les effets bénéfiques*

Enfin, on peut noter qu'il existe des effets positifs de la consommation de pornographie. Ces effets concernent, de façon prédominante, le contenu pornographique en ligne dit légal et non violent.

Chez les adolescents, le matériel sexuellement explicite en ligne reste une source d'information et améliore leurs connaissances dans le domaine de la sexualité (36). Concernant les femmes, le bénéfice de ce média apparaît dans l'amélioration de la qualité de leur vie sexuelle (108).

De façon générale, les bénéfices retirés seraient d'augmenter le plaisir, d'aider à l'acceptation de soi et de permettre l'inclusion de publics marginalisés comme les personnes ayant un handicap. La pornographie faciliterait la communication entre les partenaires en plus d'élargir le champ des possibles, dépassant la question de la place classiquement attribuée à l'homme et à la femme dans la sexualité (93,108).



## G. Conséquences et comorbidités de l'addiction sexuelle

*« Les plaisirs pris sans modération abrègent plus les jours des hommes que les remèdes ne peuvent les prolonger. »*

Fénelon

Les conséquences de l'addiction sexuelle sont communes à celles retrouvées dans les autres troubles addictifs (39).

### 1. Conséquences somatiques

Les répercussions sur le plan somatique de ces comportements sexuels excessifs se retrouvent au travers des grossesses non désirées, des avortements, des risques infectieux ou des mutilations liées à des pratiques masturbatoires violentes ou répétées (6,35). En effet, les comportements sexuels à risque exposent à un risque élevé de contagion par les infections sexuellement transmissibles (VIH, VHB, VHC...).

### 2. Comorbidités psychiatriques

Un nombre majoritaire de sujets atteints d'addiction sexuelle se plaignent de symptômes caractéristiques des troubles addictifs et survenant à distance des passages à l'acte sexuel : les symptômes de sevrage (anxiété, insomnie, asthénie, tachycardie...).

Mais au-delà de ces symptômes aspécifiques, il existe fréquemment des comorbidités psychiatriques. Parmi celles le plus fréquemment observées, nous pouvons citer : les troubles de l'humeur (72% des cas), les troubles anxieux (38% des cas) ou les co-addictions (40% des cas) (7).

Il est à noter que la coexistence d'un trouble psychiatrique et d'un trouble de l'usage de substances correspond à la définition des pathologies duelles. Elles ont été initialement décrites pour les substances psychoactives puis pour les addictions comportementales au travers du trouble lié aux jeux de hasard et d'argent (6). La principale difficulté de ce double diagnostic est que les pathologies vont s'aggraver mutuellement (3).

Concernant les troubles de l'humeur, nous pouvons citer la décompensation maniaque du trouble bipolaire avec exaltation de l'humeur, augmentation de l'estime de soi, pouvant se traduire sur le plan sexuel par une désinhibition du comportement. L'hypersexualité dans le cadre d'un épisode maniaque est à bien différencier d'une problématique d'addiction sexuelle puisqu'elle est vouée à disparaître avec la résolution de l'épisode maniaque (3). Cependant, il a été suggéré, dans une étude de 2010 réalisée chez des patients bipolaires sans éléments maniaques, que certains d'entre eux présentaient plus souvent une addiction comportementale dont l'addiction sexuelle (13% des cas avec l'addiction sexuelle). Une des hypothèses évoquées serait un degré d'impulsivité plus important et une personnalité plus immature comparativement aux sujets bipolaires non addicts (3).

Dans cette dimension d'impulsivité, une association avec un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité a été mise en évidence (20).

On retrouve également une association fréquente avec le trouble dépressif dans plus de 70% des cas. Les épisodes de fléchissement thymique sont variés allant de la dysthymie à l'épisode dépressif jusqu'au risque de passage à l'acte auto-agressif (4,6,116,117).

Les troubles de personnalité tels que les personnalités histrionique, *borderline* ou obsessionnelle sont aussi associées à l'addiction sexuelle (39,118).

Dans certains cas, on peut retrouver une association avec des paraphilies : le voyeurisme et l'exhibitionnisme étant les paraphilies les plus fréquentes (119).

### 3. Comorbidités addictives

Il existe une comorbidité addictive importante : autour de 40% des cas (6,7,116). Cette co-addiction concerne aussi bien les autres addictions comportementales, que les substances psychoactives (4,104). L'alcool représente la substance psychoactive la plus fréquemment impliquée (116). Dans les addictions sans substance, on retrouve les troubles du comportement alimentaire, l'addiction au travail, les jeux de hasard et d'argent (4,6).

L'utilisation de substances psychoactives dans un contexte sexuel est une bonne illustration du lien étroit qui existe entre l'addiction sexuelle et l'addiction aux substances (9). En effet, depuis quelques années, de nouvelles pratiques apparaissent comme le chemsex.

Le *chemsex* est la contraction des mots anglais *chemical* et *sex*. Il correspond au fait d'utiliser certaines substances psychoactives avant ou pendant une relation sexuelle dans l'objectif de faciliter, de maintenir, de prolonger ou encore d'intensifier l'acte sexuel (120). Cette pratique a été initialement décrite chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), souvent dans un contexte de « sex parties » qui correspondent à des marathons sexuels à multiples partenaires (9,121). Les principaux produits utilisés à cet effet sont les méthamphétamines, le GHB, les nouveaux produits de synthèse tels que les cathinones, seuls ou parfois en association avec d'autres substances psychoactives (alcool, cocaïne, poppers, MDMA...) (120–122). Les cathinones font partie des nouveaux produits de synthèse et sont issues du khat, une plante psychostimulante. Il existe une multitude de molécules (méphédrone, 4mec, 3mmc ...) hallucinogènes,

psychostimulantes et entactogènes. Cette variété de molécule s'explique par une volonté de rechercher toujours plus de sensations et de contourner la loi (121).

Les conséquences sur le plan psychosocial sont les mêmes que celles retrouvées dans l'addiction sexuelle. Sur le plan physique, il existe un risque majeur de contamination par des infections sexuellement transmissible (VIH, chlamydia, gonocoque ...) du fait des pratiques sexuelles non protégées ou l'injection des produits par voie intraveineuse dans le slam (9,120,122,123).

## H. Prise en charge

L'approche intégrative serait la méthode la plus efficace de prise en charge des patients atteints d'addiction sexuelle. Elle combine des méthodes cognitivo-comportementales, psychosociales, psychodynamiques et pharmacologiques (6,124,125).

La prise en charge des comorbidités associées s'avère indispensable (6). La présence de comorbidités psychiatriques, par exemple, représente un facteur précipitant ou aggravant du trouble addictif (35,126,127).

L'objectif final n'est pas d'atteindre l'abstinence sexuelle. Il serait plutôt de faire un usage modéré et raisonnable de la sexualité.

## 1. Prise en charge psychothérapeutique

Le travail de psychothérapie peut aider le patient à reprendre le contrôle de son comportement sexuel. Elle peut être orientée afin de diminuer la honte, les émotions négatives et les répercussions négatives de l'addiction sexuelle (4).

Plusieurs modalités de prise en charge psychothérapeutiques existent : approche individuelle, thérapie de couple, thérapie de groupe ou familiale (6).

Parmi ces différentes approches, ce sont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et les thérapies psychodynamiques qui sont les plus souvent retrouvées dans la prise en charge de la dépendance sexuelle (65).

### a) *L'entretien motivationnel*

Par déni ou par culpabilité, le patient addict au sexe ne vient que rarement consulter pour cette problématique (6,35). Il en résulte un retard diagnostique de 12 ans environ (6,34). Cette ambivalence vis-à-vis de la prise en charge peut être progressivement levée par le biais d'entretiens motivationnels (3,6). Selon les étapes du modèle transthéorique des étapes du changement développé par Prochaska et DiClemente, l'approche motivationnelle doit permettre au patient de passer de la « pré-contemplation », phase où la personne n'identifie pas encore de problème dans sa consommation à la « préparation » où elle prend la décision de changer son comportement addictif (5,6,51,128).

*b) Les thérapies cognitivo-comportementales*

*(1) L'approche de première intention*

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) constituent la modalité psychothérapeutique à privilégier en première intention (6). Des techniques de TCC ont été initialement utilisées spécifiquement pour les addictions aux substances psychoactives (6) avant d'être adaptées à la problématique l'addiction sexuelle (10). Elles ont pour objectif la réduction des risques du comportement sexuel pathologique.

L'analyse fonctionnelle est une étape importante dans le processus. Elle consiste à identifier le cycle addictif, puis les situations à risque à partir des antécédents et des facteurs déclenchants du comportement addictif (e.g. ennui, stress, colère, stimulation médiatique, conflit conjugal...) afin d'amener le patient à avoir une autre vision de son comportement problématique (3–6).

La thérapie cognitive vise ensuite à mettre en œuvre un travail de restructuration : en commençant par identifier puis corriger les distorsions cognitives qui initient et participent à l'entretien du comportement sexuel problématique. Pour cela, le patient est invité à faire le lien entre ses pensées automatiques dysfonctionnelles (e.g. pensées permissives), ses émotions et ses comportements dans un objectif de développer des stratégies alternatives (3,4).

La thérapie comportementale utilise une technique de désensibilisation afin d'aborder le scénario mental sexuel et la place qu'il joue dans le maintien de l'addiction.

L'entraînement aux habiletés sociales démontre un intérêt significatif chez des personnes présentant souvent un défaut d'affirmation de soi (3,6).

Cette approche cognitivo-comportementale préconise donc d'affronter la souffrance engendrée par le trouble, plutôt que de l'éviter ce qui renforcerait le trouble (129). Les séances de TCC ciblent également la psychoéducation sexuelle avec la correction des croyances erronées sur la sexualité par exemple ; et la prévention des rechutes (4).

## (2) *Une nouvelle approche*

Les thérapies de pleine conscience (ou *mindfulness*) sont une approche d'avenir dans la prise en charge de la dépendance sexuelle (8,130). Ce procédé, inspiré de la méditation bouddhiste et appartenant à la troisième vague des TCC, peut se définir comme la prise de conscience dans le moment présent des processus de pensées, des émotions ou des sensations corporelles, et de leur acceptation dans un état de non-jugement (130,131). L'intérêt de leur utilisation dans la clinique de l'addiction sexuelle a été suggéré par une étude de 2014 menée sur 40 personnes souffrant de ce trouble. Dans cette étude, il a été mis en évidence l'efficacité de cette thérapie sur la baisse des pulsions et comportements sexuels problématiques, l'amélioration de la régulation des émotions et la possibilité de développer des stratégies de faire face en situation de stress (130).

## c) *Les thérapies psychodynamiques*

Dans les thérapies psychodynamiques, l'important n'est pas de se focaliser sur le symptôme. L'analyse se centre sur l'histoire personnelle et familiale du sujet, avec l'existence d'un possible vécu traumatique. Elle permet de réaliser une évaluation sous-jacente de la personnalité et de mettre en exergue la fonction de la conduite addictive dans le parcours du sujet (10,129).

#### d) *Les thérapies de groupe et groupes d'auto-support*

La prise en charge individuelle peut être complétée par des groupes de paroles permettant d'accélérer le processus de changement (132). Ces groupes apportent un soutien social à des personnes qui ont en commun de vivre avec le même trouble et donc la même souffrance. L'écoute empathique permet aux participants de partager sur leurs expériences et leurs stratégies pour faire face (*coping*). Ces groupes leur permettent d'élaborer dans le vécu des autres, d'autres solutions possibles (3,10).

Plus spécifiquement, nous pouvons citer les groupes d'entraide s'inspirant du modèle de traitement en 12 étapes des Alcooliques Anonymes (38). En France par exemple, le groupe de Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes (DASA) propose ce programme (3,10,39).

#### e) *La thérapie de couple*

La thérapie de couple montre un intérêt dans la mesure où les patients « *éprouvent souvent de grandes difficultés à avoir une sexualité fonctionnelle avec un partenaire stable* » (3). On peut citer l'exemple d'une insatisfaction sur le plan sexuel conduisant à un usage de pornographie, cela peut en conséquence alimenter le trouble et être à l'origine de conflit avec le partenaire (62). La révélation d'une addiction sexuelle impacte l'entente affective et sexuelle conjugale (4).

Pour tenter d'apaiser la relation conflictuelle, la thérapie de couple apparaît comme un élément essentiel de la prise en charge. Elle offre l'opportunité de reconstruire la confiance et l'intimité, d'améliorer la communication dans le couple et permet de faire alliance avec le partenaire dans la guérison (132). Pour construire un couple plus solide et plus stable, Spring a décrit 3 étapes dans la thérapie de couple : l'identification des sentiments, la décision de se réengager ou de se séparer et la reconstruction de la relation (133).



## 2. Prise en charge médicamenteuse

Les médicaments antidépresseurs sont proposés pour cibler d'une part les symptômes anxio-dépressifs, et d'autre part la conduite addictive par la régulation du désir sexuel et de la composante impulsivité/compulsivité (34,129). Ces antidépresseurs sont des sérotoninergiques, ils regroupent la Clomipramine (antidépresseur tricyclique), mais surtout les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) comme la Fluoxétine (6,134,135). Les ISRS ont aussi des effets secondaires à type de baisse de la libido ce qui constitue un avantage dans le traitement de la dépendance sexuelle (3).

Cependant, il n'existe toujours aucun traitement pharmacologique ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour la prise en charge de l'addiction sexuelle (39). De plus, il existe peu d'études contrôlées sur cette question (9). Nous pouvons cependant citer l'étude menée avec le Citalopram à dose de 20-60 mg dans une population d'HSH. Il s'agit d'un ISRS qui a permis d'obtenir des résultats significatifs sur la réduction du désir sexuel, de la fréquence de la masturbation et d'utilisation de pornographie, même s'il n'y a pas eu d'impact sur le nombre de partenaires (42). Les antidépresseurs sont utilisés aux mêmes posologies que celles indiquées dans le traitement des troubles obsessionnels compulsifs (6).

D'autres traitements pourraient permettre de baisser la fréquence des comportements sexuels excessifs. C'est le cas d'anticonvulsivants comme le Topiramate dont l'effet anti-impulsif est déjà utilisé pour la prise en charge de la kleptomanie ou de la dépendance à l'alcool. La posologie efficace varie entre 50 et 150 mg/jour (9,136,137). La Naltrexone est un antagoniste des récepteurs opiacés qui réduit l'activation du circuit de la récompense induite par l'alcool (6), aussi utilisée dans la dépendance à l'héroïne (3). Elle aurait un intérêt à forte dose autour de 150 mg pour traiter le comportement sexuel addictif (104,138).

Les médicaments anti-androgènes sont une option de seconde intention lorsque des comportements sexuels déviants illégaux (viols, pédophilie) sont associés (6).

Il faut remarquer que des comportements hypersexuels ont pu être favorisés par la prise de médicaments antipsychotiques atypiques (e.g l'Aripiprazole, l'Amisulpride, la Risperidone) ou de traitements agonistes dopaminergiques. Une maladie neurologique ou la consommation de substances psychoactives telles que l'alcool, les amphétamines, les cathinones ou la cocaïne peut également amener à une hypersexualité secondaire. Dans ce cas c'est le traitement de la cause identifiable, c'est-à-dire l'arrêt du médicament, du produit illicite ou le traitement de la maladie sous-jacente, qui permet de revenir à la maîtrise du comportement sexuel. L'ajout de médicaments anti-androgènes peut être nécessaire dans certains cas si le traitement étiologique s'avère insuffisant (e.g. les hypertestostéronémie d'origine tumorale) (9,34).

## II. Les paraphilies

« C'est la nuit qu'il est beau de croire à la lumière. »

Edmond Rostand

Les pratiques sexuelles déviantes sont aujourd'hui qualifiées de paraphilies. L'ancien terme consacré est celui de perversion sexuelle (1). Ce terme est utilisé dans les classifications internationales dites « athéoriques » et permet ainsi de ne pas donner de définition en référence à une culture ou à une morale (1,139).

### A. Historique

Le terme paraphilie pourrait être littéralement traduit par le fait « d'aimer à côté » (140). En effet, il est issu du grec *para* « à côté de » et *philia* « amour » (141).

Dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, plusieurs auteurs issus de domaines allant de la psychiatrie à la sexologie écrivent sur l'histoire des perversions sexuelles et leur transformation en paraphilies et troubles paraphiliques (142). Parmi eux, Von Krafft-Ebing publie en 1886 *Psychopathia Sexualis*, premier ouvrage de classification des comportements sexuels déviants. Il définit également la notion de perversion sexuelle. Il en donne une définition assez large considérant comme perverse « toute extériorisation de l'instinct sexuel qui ne correspond pas aux buts de la nature, c'est-à-dire à la reproduction » (143).

Les psychanalystes, Freud en particulier, se saisissent ensuite de la question : Freud introduit dans *Les Trois essais sur la théorie sexuelle*, le concept de perversion par rapport à l'objet ou au but sexuel. Pour cela, il reprend la catégorisation des troubles sexuels de Krafft-Ebing en séparant les

perversions par anomalie de choix d'objet de désir (zoophilie, fétichisme...) ou par anomalie de but, là où le plaisir sexuel est obtenu autrement que par le coït, comme dans le voyeurisme (139). Plus récemment, le sexologue John Money dans son célèbre ouvrage *Lovemaps* paru en 1993, donne une approche moins péjorative de ces troubles sexuels en les qualifiant « d'intérêts sexuels inhabituels » qui pourraient correspondre à « *un embellissement sexo-érotique ou une alternative aux normes sociales* » (144). Alain Giami, chercheur en sciences sociales et directeur de recherche à l'INSERM, souligne cette évolution dans la perception de ce qu'est la déviance sexuelle dans le sens où « *Money établit une dichotomie entre les formes d'activité sexuelle érotique et pas nécessairement reproductives saines et malsaines, contrairement à Krafft-Ebing pour qui toutes les activités sexuelles non reproductives entraînent dans sa Psychopathia Sexualis* » (145).

Les nouvelles classifications américaines et de l'OMS cherchent à faire abstraction des jugements de valeurs et autres références morales (143).

## B. Epidémiologie

### 1. Sex-ratio

Le sex-ratio est majoritairement en faveur des personnes de sexe masculin (plus de 90% des cas) à l'exception du masochisme sexuel où le sex-ratio établit un rapport d'une femme pour 20 hommes (139).

## 2. Prévalence

La prévalence des paraphilies est mal connue. L'exhibitionnisme, le voyeurisme et la pédophilie représentent les paraphilies les plus souvent rencontrées en situation clinique (146,147).

A titre d'exemple, la prévalence des troubles voyeuriste et exhibitionniste a pu être estimée à partir d'échantillons non cliniques. Concernant le trouble voyeuriste, sa prévalence vie entière se situe autour de 12 % chez les hommes et 4% chez les femmes (67). Le trouble exhibitionniste a une prévalence évaluée entre 2 et 4 % chez les hommes (67).

## C. Définition et classification de la paraphilie

### 1. La CIM-10

La Classification Internationale des Maladies dans sa 10<sup>ème</sup> édition (CIM-10) définit les troubles des conduites sexuelles comme des troubles de la préférence sexuelle dans son chapitre « Troubles mentaux et troubles du comportement » (26).

Elle reconnaît le fétichisme, le transvestisme fétichiste, l'exhibitionnisme, le voyeurisme, la pédophilie et le sadomasochisme (26). Cette classification n'inclut pas le frotteurisme. Elle différencie le transvestisme fétichiste du transvestisme bivalent, ce dernier appartient au chapitre « Troubles de l'identité sexuelle » de la CIM-10.

## 2. Le DSM-5

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa 5<sup>ème</sup> édition (DSM-5) nomme ces troubles de la préférence sexuelle : paraphilies. Il fait une distinction plus nette que la CIM-10 entre le diagnostic de paraphilie et le trouble paraphilique.

La paraphilie fait référence à « *tout intérêt intense et persistant autre que l'intérêt sexuel pour la stimulation génitale ou les préliminaires avec un partenaire humain phénotypiquement normal, sexuellement mature et consentant* » (67).

Le trouble paraphilique est une paraphilie à l'origine d'une détresse ou d'une altération du fonctionnement de l'individu, ou une paraphilie dont la satisfaction entraîne un préjudice ou un risque de préjudice pour l'individu ou pour d'autres personnes.

Toutes les paraphilies doivent impérativement remplir les critères A (nature de la paraphilie) et B (les conséquences négatives) suivants du DSM-5 pour répondre à la définition du trouble paraphilique :

Critère A - Existence d'une excitation sexuelle intense et récurrente sur une période d'au moins 6 mois par exemple : exposition des organes génitaux à des personnes non consentantes.

Critère B – L'individu a mis en acte ses pulsions sexuelles avec une personne non consentante, ou les pulsions sexuelles ou les fantasmes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Il est à noter que les paraphilies sont fréquemment associées entre elles. Certaines d'entre elles sont considérées comme illégales (139,148).

### 3. Les huit troubles paraphiliques selon le DSM-5

Le DSM-5 reconnaît huit grandes catégories de troubles paraphiliques. Ils impliquent soit des préférences sur des cibles considérées inadaptées (fétichisme, transvestisme, pédophilie), soit de l'humiliation ou de la douleur (somasochisme), soit des troubles des mécanismes de séduction (voyeurisme, exhibitionnisme, frotteurisme).

Ces troubles paraphiliques du DSM-5 (67) sont définis ci-après :

- Le **Trouble Voyeurisme** : caractérisé par la tendance récurrente ou persistante à observer une personne, qui ne se doute de rien, lorsqu'elle se livre à une activité sexuelle ou intime.
- Le **Trouble Exhibitionnisme** : caractérisé par la tendance récurrente ou persistante à exposer ses organes génitaux à une personne prise au dépourvu.
- Le **Trouble Frotteurisme** : caractérisé par la tendance récurrente ou persistante à toucher ou froter des personnes non consentantes.
- Le **Trouble Masochisme sexuel** : caractérisé par la tendance récurrente ou persistante à l'excitation sexuelle en raison de souffrances physiques ou psychiques subies comme le fait d'être humilié, battu ou attaché.

Il faut spécifier s'il y a présence d'asphyxiophilie, ce qui correspond au fait pour l'individu de s'empêcher de respirer pour obtenir une excitation sexuelle.

Le DSM-5 précise que le fait d'avoir un large recours à la pornographie montrant des personnes humiliées, battues, attachées ou subissant tout autre acte entraînant de la souffrance est parfois une caractéristique du trouble masochisme sexuel.

- Le **Trouble Sadisme sexuel** : caractérisé par la tendance récurrente ou persistante à l'excitation sexuelle en raison de souffrances physiques ou psychiques de tiers.
- Le **Trouble Fétichisme** : excitation sexuelle intense et récurrente provoquée soit par l'utilisation d'objets inanimés soit par intérêt hautement spécifique pour une ou plusieurs parties non génitales du corps (partialisme).

Les objets fétiches ne se limitent ni à des vêtements utilisés pour se travestir ni à des appareils conçus pour la stimulation tactile des organes génitaux.

- Le **Trouble Transvestisme** : définit par le fait de porter des vêtements du sexe opposé, principalement dans le but d'obtenir une excitation sexuelle.

Il faut spécifier si le trouble est associé au fétichisme, dans le cas où l'individu est sexuellement excité par des tissus, des matières ou des vêtements. Ou si le trouble s'associe à l'autogynéphilie, dans le cas où l'individu est sexuellement excité par des pensées ou des images de lui en femme.

- Le **Trouble Pédophilique** : correspond à la préférence sexuelle d'un adulte pour des enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou moins). La définition peut s'appliquer à un mineur à condition qu'il soit âgé de 16 ans au minimum et qu'il ait au moins 5 ans de plus que l'enfant concerné.

Il faut spécifier si l'attirance se fait uniquement vers les enfants (le type exclusif/non exclusif), s'il existe une attirance sexuelle pour un sexe en particulier ou les 2 et si cela se limite au cadre intrafamilial (inceste) ou extrafamilial.

La CIM-10 est moins précise que la classification américaine concernant la tranche d'âge limite des enfants, elle indique « *qu'ils sont généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté* » (26).



De plus, les termes d'infantophilie et d'hébéphilie sont utilisés par certains auteurs. L'infantophilie désigne l'attirance sexuelle pour les enfants de moins de 5 ans (149). Le terme hébéphilie apparaît pour la première fois à la fin des années 50 et caractérise l'attirance sexuelle pour des adolescents avec un âge compris entre 12 et 14 ans, mais n'a pas été inclus dans le DSM-5 (149,150). Ce terme d'hébéphilie permettrait pourtant d'unir les deux classifications internationales que sont le DSM-5 et la CIM-10 (151).

#### **4. Les autres troubles paraphiliques**

A ces huit catégories, s'ajoutent les catégories « Autre trouble paraphilique spécifié » et « Trouble paraphilique non spécifié ». Il existe plus d'une centaine de paraphilies rapportées dans la littérature (152,153). Ces deux autres catégories occupent donc une place importante.

La catégorie « Autre trouble paraphilique spécifié » permet de classer les troubles paraphiliques qui ne répondent pas aux critères des huit catégories spécifiques. A titre d'exemple, on peut citer la scatologie téléphonique (appels téléphoniques obscènes), la clystérophilie (lavement) ou la zoophilie (animaux).

Dans la catégorie « Trouble paraphilique non spécifié », soit le clinicien décide de ne pas spécifier la raison pour laquelle la présentation clinique ne remplit pas tous les critères d'un trouble paraphilique, soit il s'agit de tableaux cliniques incomplets ne permettant pas de poser un diagnostic plus spécifique (67).

## 5. La pédopornographie

L'analyse des contenus pornographiques illégaux fait apparaître la place prépondérante de la pédopornographie.

Elle est définie par la Convention des droits de l'enfant comme « *toute représentation, par quelque moyen que ce soit, d'un enfant s'adonnant à des activités sexuelles explicites, réelles ou simulées, ou toute représentation des organes sexuel d'un enfant, à des fins principalement sexuelles* » (154).

Elle est très largement diffusée sur une partie d'internet appelée *dark web*. En effet, le *dark web* apparu en 2000, correspond à l'internet crypté uniquement accessible par des logiciels, des configurations ou des autorisations spécifiques (155,156). Les contenus illégaux que l'on y retrouve sont donc en lien avec la pornographie infantile, mais également des sites de ventes d'armes, de vente de drogue... (155,156).

Ainsi, l'importance de la place qu'occupe la pédopornographie s'explique en partie par le fait que l'industrie de la pornographie capitalise sur le fantasme de la « lolita ». Cette expression tirée du livre *Lolita* de Nabokov, désigne une jeune fille capable de séduire un homme mature tout en initiant délibérément un rapport sexuel (94). Une pornographie « pseudo-infantile » existe et utilise des modèles ayant un aspect juvénile, qui portent des vêtements et des accessoires qui accentuent l'impression de jeunesse (94).

Les usagers de pédopornographie ont un profil hétérogène. On retrouve ceux qui ont une attirance pédophile préférentielle pour les enfants (avec trouble pédophilique exclusif ou non), ceux qui participent à l'élaboration et la diffusion de tels contenus dans un objectif financier, ou encore ceux qui téléchargent la pornographie de façon générale et qui peuvent être amenés à consulter d'autres types de paraphilies (157,158). Notons que bien que les sujets pédophiles représentent la

majorité des usagers de pédopornographie (158). Les études divergent quant à la possibilité d'un lien causal entre le visionnage de pédopornographie juvénile et le passage à l'acte effectif sur un enfant (159). D'autant plus, que parmi les utilisateurs de pédopornographie, un grand nombre sont à considérer comme des « pédophiles abstinents » (160).

## D. Hormones et neurobiologie du comportement sexuel

### 1. Hormones et sexualité humaine

Les hormones, en interaction entre gènes et environnement, sont indispensables à la reproduction : elles sont déjà présentes au moment de la différenciation de l'organisme en mâle ou femelle, jusqu'à permettre à l'âge adulte la copulation (143).

Il est probable que l'ensemble des axes endocriniens soit impliqué dans la sexualité humaine. Nous choisissons de développer le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire-gonadique en particulier, car il est la cible de nombreuses études cherchant à évaluer les déterminants biologiques des comportements sexuels paraphiliques (139).

#### a) *L'axe hypothalamo-hypophysaire-gonadique*

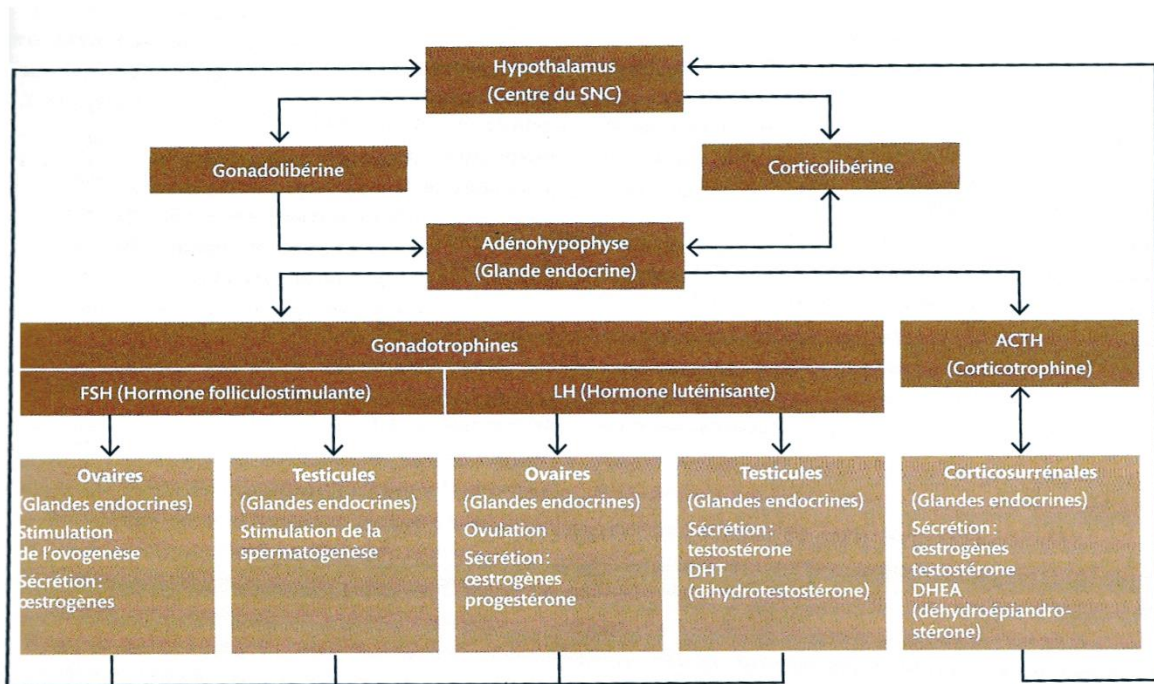
Le **schéma 2** ci-dessous, représente les différentes boucles de régulation des fonctions de reproduction présentes chez l'homme et la femme. Le système nerveux central représenté par l'hypothalamus influe sur l'adénohypophyse par l'intermédiaire de sa gonadolibérine (GnRH).

La GnRH (*ou Gonadotrophin-Releasing Hormone*) est un décapeptide synthétisé par les neurones à GnRH de l'hypothalamus. A partir de la puberté, elle est libérée de façon pulsatile par les neurones, c'est-à-dire sous forme de décharge toutes les 60 à 90 minutes. L'activité biologique

du peptide est totalement dépendante de cette pulsativité. Elle stimule la sécrétion des gonadotrophines LH (*ou Luteinizing Hormone*) et FSH (*ou Follicule Stimulating Hormonon*) de l'antéhypophyse en passant par le système porte vasculaire (139,143,161). La sécrétion de gonadotrophines est elle aussi pulsatile. Elles sont ensuite libérées dans la circulation générale où elles se fixent sur leurs récepteurs cibles périphériques (143,161).

Ceci est illustré par le **schéma 2**, la FSH active la production de spermatozoïdes chez l'homme en se liant à son récepteur de surface des cellules de Sertoli : c'est la spermatogenèse. La LH induit la synthèse des stéroïdes sexuels que sont testostérone et de ses métabolites actifs (la dihydrotestostérone et le 17-béta-estradiol) ; grâce à la liaison à son récepteur à la surface des cellules testiculaires de Leydig (139,143,161).

Chez la femme, LH et FSH ont une action commune pour permettre l'ovulation et la transformation du follicule ovarien en corps jaune, ce dernier sécrète à son tour des œstrogènes et progestérone. Une partie des hormones sexuelles est produite dans les glandes corticosurrénales sous l'action de l'hormone corticotrope ou ACTH hypophysaire. Il existe un contrôle rétroactif des hormones sexuelles issues des gonades sur l'activité de l'hypothalamus (143,161).

**Schéma 2** : Illustration de l'axe hypothalamo-hypophysaire-gonadique (1) :

### b) Effets physiologiques de la testostérone chez l'Homme

La testostérone est une hormone stéroïde appartenant aux androgènes. Elle est essentielle, car elle participe à la spermatogenèse et au maintien des caractères sexuels secondaires masculins (1,161).

De façon générale, les androgènes jouent un rôle majeur dans le développement de l'appareil sexuel masculin puis dans l'apparition de caractères sexuels secondaires à la puberté. A partir de la puberté, la testostérone joue un rôle majeur dans le désir sexuel, les fantasmes et le comportement sexuel masculin. Cette hormone contrôle également la fréquence, la durée et l'importance des érections spontanées, ainsi que l'éjaculation (139). Il faut noter que les taux de testostérone varient de façon circadienne et en fonction de l'âge du sujet (143,161).

La testostérone participe aussi au désir sexuel féminin. Comme l'illustre une étude de 2005 réalisée chez des femmes ayant subi une ablation des ovaires (rappelons qu'il s'agit de la principale source de testostérone chez la femme), où il a été mis évidence une baisse de libido et une plus grande difficulté à l'excitation sexuelle chez ce profil de femmes (162). Dans une étude de 2007 explorant le lien entre taux de testostérone et désir sexuel, il est apparu que les femmes qui ont déclaré ressentir un désir sexuel lors d'activités masturbatoires, étaient celles avec les taux de testostérone les plus élevés (163).

Dans la littérature, des études ont démontré les effets physiologiques de la testostérone sur la sexualité masculine. A travers leur méta-analyse de 2001 sur les effets de la testostérone sur le comportement et les caractéristiques physiques des individus de sexe masculin, les auteurs démontrent que la testostérone est capable de restaurer des érections nocturnes (dites androgéno-dépendantes) (143,164) chez des hommes souffrant d'hypogonadisme (165,166). De la même façon, l'administration de testostérone chez ces sujets hypogonadiques rehausse leur désir et leur activité sexuelle (167).

Par ailleurs, il a été mis en évidence que le stimulus sexuel entraîne une augmentation du taux de testostérone (168). Dans une étude de 1992, réalisée chez des hommes atteints d'hypogonadisme profond et non substitué (c'est-à-dire avec un taux de testostérone inférieur à 3ng/ml) (143), la stimulation visuelle par des films érotiques a déclenché des érections comparables à celles des témoins dits sains. Cela suggère donc qu'il existe aussi des voies non androgéno-dépendantes de déclenchement de l'érection (169,170). Il s'agit d'érections psychogènes qui surviennent en réponse à une stimulation cérébrale, qui peut être visuelle, auditive ou fantasmatique (164). Les érections peuvent être également le résultat d'une stimulation locale, on parle d'érections réflexes (164).

Ainsi, au niveau thérapeutique, la castration chimique abaissant le taux de testostérone conduit à une diminution de l'excitation sexuelle (149).

Il n'existe pas de relation significative entre le taux de testostérone dans le sang et l'agressivité, en particulier l'agressivité sexuelle (168,171,172). Cependant, et dans une moindre mesure, la testostérone semble jouer un rôle bénéfique en situation d'adversité en permettant une certaine combativité ; cela a été mis en évidence dans des modèles animaux par l'élévation de son taux sanguin en situation de défi (173). Le taux de testostérone totale chez l'homme se situe pour des valeurs normales entre 3 et 10 ng/ml (143). Une étude réalisée chez le sujet eugonadique a suggéré que dans des valeurs hautes, la testostérone pouvait augmenter la nervosité, mais sans augmenter l'agressivité ni impacter le comportement sexuel (174).

## **2. Les neurotransmetteurs impliqués dans le comportement sexuel**

Chez l'homme, les fonctions sexuelles sont contrôlées d'une part par les hormones stéroïdiennes présentes dans le système nerveux central, et d'autre part par différents neurotransmetteurs (175).

Certains neuromédiateurs centraux, tels que la sérotonine, la dopamine, ou la noradrénaline, sont connus pour leur action sur les processus neurophysiologiques sexuels (167,176). Mais en réalité, plusieurs centaines de neurotransmetteurs sont impliqués dans la réponse sexuelle (176).

### *a) Les neurotransmetteurs inhibiteurs*

La sérotonine a un effet inhibiteur de l'activité sexuelle chez l'animal mâle ou femelle (143,177). En clinique, les antidépresseurs tels que les ISRS sont ainsi responsables de troubles de

la fonction sexuelle. En effet, la sérotonine est à l'origine d'effets secondaires sur le comportement sexuel tels que la diminution de la libido et de l'orgasme ainsi que l'apparition de troubles de l'éjaculation (164,167,178).

Les opioïdes endogènes ont également une action inhibitrice du comportement sexuel, ils peuvent être activés en réponse à un stress (175,177). De plus, des troubles de la sexualité et de la libido sont fréquemment rapportés chez les patients sous traitement substitutifs aux opiacés comme la méthadone (179). Cependant, on peut noter un paradoxe dans le rôle joué par les opiacés pendant l'acte sexuel, car ils participent à l'obtention du plaisir sexuel, mais interviennent ensuite dans la période réfractaire à la fin de la phase orgasmique (139).

#### *b) Les neurotransmetteurs activateurs*

A l'inverse, l'ocytocine est une hormone impliquée dans les mécanismes de l'attachement au sens large, puisqu'elle joue un rôle dans le comportement maternel, la formation d'un couple monogame, l'activité sexuelle et les interactions sociales (6). Elle est d'ailleurs sécrétée au moment de l'orgasme lors d'un rapport sexuel, ce qui favorise l'attachement amoureux (6). De son côté, la noradrénaline participe à l'éveil sexuel (6).

La dopamine est un neurotransmetteur qui stimule le comportement sexuel dans les deux sexes. Cela a pu être décrit dans les modèles animaux, chez le rat notamment, par une augmentation de la fréquence des érections (143). Chez l'homme, les agonistes dopaminergiques sont connus pour donner des effets secondaires à type de désinhibition comportementale, voire d'hypersexualité (164,180,181). Des cas de comportements paraphiliques apparus secondairement chez des patients atteints de la maladie de Parkinson et traités par agonistes dopaminergiques ont pu être mis en évidence (182).



## E. Prise en charge

### 1. Evaluation de la paraphilie

Pour évaluer l'intensité d'une paraphilie, le DSM-5 recommande de comparer les fantasmes sexuels, les envies irrépressibles, ou les comportements paraphiliques des sujets évalués à leurs autres intérêts sexuels et comportements normophiliques.

Cela peut se faire au cours d'un entretien clinique, grâce à l'utilisation de questionnaires, ou par l'intermédiaire de mesures psychophysiologiques de l'intérêt sexuel comme la pléthysmographie pénienne (67). Cette dernière consiste à mesurer la réponse pénienne lors du visionnage de stimuli érotiques ou d'écoute de descriptions d'activités sexuelles (139,149,183). Cependant, cet outil est moins utilisé en raison de plusieurs obstacles d'ordre éthique, légal (cas de contenus pédopornographiques par exemple) ou scientifique (183). Un outil de mesure moins intrusif peut être utilisé chez les hommes et les femmes : il s'agit de la mesure du temps de visionnage de photos de personnes nues ou partiellement habillées, utile notamment dans l'évaluation diagnostic d'un trouble pédophile (67,149).

Le Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI) est un hétéro-questionnaire qui permet l'évaluation de l'intérêt sexuel déviant pour les enfants d'un sujet donné. Il est théoriquement utilisé de façon complémentaire à l'évaluation phallométrique. Un premier questionnaire (SSPI 1) apparaît en 2001 dans un objectif de dépister les sujets à haut risque de présenter un trouble pédophile dans une population d'auteurs d'infraction à caractère sexuel sur mineurs de moins de 15 ans (184). Il existe une version révisée, le SSPI 2, qui inclut le nouveau critère d'infraction en lien avec du matériel pédopornographique (185).

A cela s'ajoute une évaluation psychiatrique systématique pour identifier, entre autres, les facteurs de stress environnementaux qui pourraient impacter sur la dimension agressive de comportement sexuel paraphilique (149). Un examen somatique avec bilan biologique s'avère indispensable, avec un focus sur les anomalies endocriniennes ou neurologiques (149).

## **2. Approche thérapeutique**

L'objectif visé dans la prise en charge thérapeutique est tout d'abord d'amener le sujet souffrant de paraphilie à pouvoir contrôler ses fantasmes et ses comportements paraphiliques. Dans le but de prévenir d'une part le risque de récurrence d'une infraction sexuelle, et d'autre part pour améliorer sa qualité de vie. Les troubles psychiatriques éventuellement associés doivent être eux aussi traités (139).

### *a) Prise en charge psychothérapeutique*

La prise en charge est centrée sur la psychothérapie qu'elle soit de type cognitivo-comportemental, psychodynamique ou familiale. Elle peut être individuelle ou se conduire en groupe. Notons qu'elle est bien décrite pour les sujets paraphiles auteurs de violence sexuelle (139,186). Il s'agit le plus souvent d'une combinaison entre la démarche individuelle et celle de groupe (149).

La prise en charge individuelle apparaît plus adaptée chez un individu présentant un bon insight, une capacité d'auto-analyse et de symbolisation, ainsi que de la motivation. Dans le cas contraire, la thérapie de groupe est à privilégier, elle permet d'améliorer la capacité d'introspection et de verbalisation du sujet paraphile (186).

Dans les publications scientifiques, c'est l'approche cognitivo-comportementale qui est la plus utilisée. Elle cible les distorsions cognitives des sujets paraphiles, ces dernières les aident à rationaliser leur comportement sexuel déviant (e.g. les enfants éprouvent du désir et du plaisir lors de leurs relations sexuelles avec les adultes) même s'il ne s'agit pas systématiquement d'un mécanisme conscient (187). Un travail pour amener le sujet à sortir de la minimisation du passage à l'acte est aussi effectué (139). La TCC permet également de travailler sur l'estime de soi, l'empathie et la gestion des émotions négatives (colère, stress) qui sont des facteurs favorisant le passage à l'acte (139).

Des échelles de mesure, telles que la Rape Scale ou la Molest Scale, permettent d'évaluer les distorsions cognitives respectivement chez les violeurs et les agresseurs d'enfants (187). Les sujets évalués expriment leur opinion sur une échelle de Likert à quatre points, se situant entre « fortement en désaccord » à « fortement en accord ». Un score élevé signe l'utilisation des minimisations, justifications, rationalisations, ou excuses vis-à-vis des agressions sexuelles chez les femmes adultes ou les enfants (187).

Les thérapies familiales se montrent utiles chez les adolescents atteints de paraphilie, afin d'étudier la dynamique de fonctionnement familial et d'apporter un soutien éducatif aux parents.

### *b) Prise en charge médicamenteuse*

Il faut attendre l'année 2010 pour voir apparaître les premières recommandations internationales sur la prise en charge médicamenteuse des paraphilies (7).

Les antidépresseurs de type sérotoninergique et les anti-androgènes sont les deux principales classes médicamenteuses recommandées (148).

(1) *Les antidépresseurs sérotoninergiques*

Les antidépresseurs de type ISRS sont prescrits hors AMM et ont un intérêt dans la prise en charge des paraphilies moins sévères comme l'exhibitionnisme. Ils sont aussi utilisés dans le cas d'une symptomatologie anxio-dépressive associée ou pour jouer sur la dimension compulsive du passage à l'acte paraphile (139,148,149).

Parmi les ISRS les plus utilisés, on retrouve la Fluoxétine (20 à 80 mg/j) et la Sertraline (100 à 200 mg), à des doses recommandées comparables à celles utilisées dans la prise en charge du trouble obsessionnel-compulsif (139,149). Les ISRS constituent aussi une alternative en cas de contre-indication à la castration chimique (psychose chronique, ostéoporose importante, antécédents d'épilepsie...) (148). Les autres médicaments psychotropes sont indiqués pour la prise en charge des comorbidités psychiatriques (149).

(2) *Les anti-androgènes*

Les traitements hormonaux concernent plutôt les déviances sexuelles sévères comme la pédophilie exclusive, ou avec risque élevé de passage à l'acte violent (139,149). En France, deux anti-androgènes bénéficient d'une AMM dans cette indication : l'Acétate de cyprotérone (ou Androcur®) et la Triptoréline (Salvacyl LP®).

L'Acétate de cyprotérone est un stéroïde de synthèse qui se fixe à tous les récepteurs aux androgènes de l'organisme pour inhiber la capture de la testostérone et sa métabolisation au sein de la cellule. Il a également une forte activité progestative à l'origine d'une inhibition de la sécrétion de GnRH qui impacte sur la LH (139,153). Ce traitement entraîne donc une baisse, voire une disparition, de la libido selon la dose utilisée. Elle s'associe à une baisse des fantasmes et des préoccupations sexuelles. Il existe des cas où les pulsions sexuelles ont pu être abaissées

suffisamment afin d'éviter la paraphilie, tout en préservant la possibilité de mener une activité sexuelle non paraphile. La dose moyenne utilisée est de 100 mg/jour en per os (153).

La Triterpéline fonctionne comme un analogue de la GnRH. Elle est donc à l'origine d'une augmentation transitoire des taux sanguins de testostérone ce qui correspond à l'effet « flare up » (139). Pour pallier à cet effet, une association conjointe d'Acétate de cyprotérone est possible (153). Cependant, quelques jours suffisent pour que les taux de testostérone circulants s'effondrent avec la désensibilisation des récepteurs de la GnRH (139). Elle permet une diminution de la libido et des fantasmes sexuels avec un profil d'effets indésirables plus favorable (153). Elle s'utilise sous forme injectable pour une durée d'action prolongée de 3 mois (139).

Ces traitements ne sont pas anodins, ils sont à l'origine d'effets secondaires tels que la déminéralisation osseuse ou l'augmentation du risque de méningiome avec l'Acétate de cyprotérone (139,149), ce qui nécessite une surveillance rapprochée. Le consentement libre et éclairé du patient s'avère indispensable. Ces traitements ont néanmoins l'avantage d'être réversibles (139,153).

### (3) *Outil d'évaluation*

Le questionnaire sur l'intensité des fantasmes, du désir et des comportements sexuels, est un outil qui serait utile pour poser l'indication d'une hormonothérapie et évaluer ensuite son efficacité (188).

Il est destiné à la prise en charge des auteurs de violence sexuelle et s'effectue en deux temps : un premier temps, qui évalue sur les 30 derniers jours les fantasmes, des désirs et des pulsions de nature sexuelle quel que soit l'âge ou le sexe de l'objet (enfants, adolescent, adultes). On y associe ensuite l'intensité et la fréquence des fantasmes sur une échelle numérique allant de 1 à 9. Une évaluation équivalente est faite pour déterminer les désirs et pulsions sexuels. On évalue

ensuite l'activité sexuelle (nombre d'éjaculations obtenues par masturbation ou par rapports sexuels) en fonction de chaque objet sexuel déjà cité. On énumère également les comportements déviants avec ou sans éjaculation. Le second temps du questionnaire ne concerne que les sujets qui ont donné des réponses où l'objet sexuel impliqué est un enfant, et permet d'explorer plus spécifiquement l'existence d'un trouble pédophilique (188).

### *c) Les niveaux de recommandations*

Cinq niveaux de recommandations pour la prise en charge des sujets paraphiles ont été publiés par la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSB) en 2020 (149). Ils sont proches des six niveaux de recommandation déjà existants publiés par la Haute Autorité de Santé (139). Ils sont représentés en **annexe 4**.

En effet, les traitements anti-androgènes ne ciblent que la pulsion sexuelle. Le taux de récurrence des paraphilies est élevé (148). Il se situe autour de 40% chez les sujets qui ont reçu un traitement médicamenteux (153). Une psychothérapie doit donc être associée à la prise en charge médicamenteuse qui ne vise que la suppression du symptôme (153). L'ajout d'une prise en charge sexologique peut être intéressant, d'autant plus s'il existe une infraction sexuelle (148).

Ces différents niveaux de recommandation s'étendent d'un niveau 1 (risque très faible de passage à l'acte), où seule la psychothérapie est recommandée, à un niveau 5 (paraphilies les plus sévères), où la psychothérapie doit être associée à une castration chimique par agoniste de la GnRH (Triptoréline). Le niveau 5 nécessite l'ajout d'un autre traitement, il s'agit soit d'un anti-androgène (Acétate de cyprotérone) ou d'un antidépresseur sérotoninergique (149).

### III. Cas cliniques

« Les gens laissent en liberté le tigre de leurs désirs et, le chevauchant parfois, sombrent dans la vallée de l'anéantissement. »

Ogai Mori, *Vita Sexualis*

#### A. Cas clinique 1 : Madame J

Madame J, âgée de 39 ans, est suivie depuis 3 ans par Monsieur O, psychologue clinicien exerçant en cabinet libéral et au CHRU de Lille au sein de l'unité régionale de soins aux auteurs de violence sexuelle (URSAVS) du CHRU de Lille. L'objet initial de ce suivi est la prise en charge psychologique des symptômes anxio-dépressifs de Madame J.

##### **Mode de vie :**

*Sur le plan familial :*

Ses parents sont tous les deux retraités. La relation qu'elle entretient avec eux est décrite comme agréable bien que parfois « étouffante ». En effet, Madame J se sent considérée « comme une enfant ». Il est à noter que ses parents vivent à quelques minutes de chez elle, ce qui multiplie les rendez-vous intrusifs à son domicile, selon ses dires. Elle explique qu'ils sont de nature anxieuse, avec une tendance à la surprotéger.

Elle a une sœur de 3 ans sa cadette avec qui elle entretient une bonne relation. Globalement, elle décrit un bon étayage familial.

## *MARTINAGE Tiphaine*

Madame J est mariée depuis 11 ans. Le couple rencontre des difficultés pour procréer (Monsieur souffrant de trouble de la fertilité à type d'azoospermie). Un parcours de procréation médicalement assistée (PMA) a été entrepris en 2015, mais cette démarche est restée infructueuse. Ils ont donc décidé de s'orienter vers une procédure d'adoption en septembre 2019 et viennent récemment d'obtenir un agrément.

### *Sur le plan amical :*

Madame J se sent « en décalage avec les personnes de sa génération ». Pour elle, cela vient du fait qu'elle n'a pas d'enfant. L'étayage amical est faible et il semble que cela ait toujours été ainsi. Elle se décrit comme sociable cependant. Elle explique alterner entre une idéalisation forte de la personne et un rejet relationnel en cas de déception. Ce mode d'interaction ne lui aurait pas permis de créer de relation amicale saine et durable.

### *Sur le plan scolaire et professionnel :*

Madame J se décrit comme bonne élève durant sa scolarité. Elle obtient son baccalauréat en science économique et sociale, puis elle s'oriente vers un BTS assistante de gestion sous l'impulsion de ses parents. Elle se réoriente ensuite vers un BTS banque. Elle a connu une période d'instabilité sur le plan professionnel, où elle a changé à plusieurs reprises d'employeur. Elle a aussi travaillé dans d'autres domaines d'activité, en exerçant par exemple un poste d'aide éducative en école maternelle. Elle occupe depuis 1 an un poste d'assistante de gestion de compte dans les crédits bancaires et se sent épanouie dans son métier.



**Antécédents médico-chirurgicaux :**

Elle a réalisé 5 fécondations in vitro (FIV) dans le cadre de son parcours de PMA débuté en 2015.

**Antécédents psychiatriques :**

L'apparition des troubles anxieux remonte à la période du lycée avec un accompagnement auprès de différents professionnels de santé (psychologues, psychiatre, médecin traitant). La thérapie psychodynamique qu'elle suit actuellement s'inscrit dans une demande de guidance et dans une volonté de comprendre son mal-être intérieur, son sentiment de vide. Elle décrit une volonté de vouloir « un changement radical ». A l'occasion du parcours de PMA, elle a également bénéficié d'un suivi sur le plan psychologique.

On ne retrouve chez cette patiente ni antécédents d'hospitalisations, ni de passages à l'acte auto-agressif (scarification, tentative de suicide).

**Antécédents addictologiques :**

On ne retrouve pas de symptômes orientant vers une dépendance alcoolo-tabagique. En dehors de consommations très occasionnelles d'aérosols (poppers) à visée anxiolytique, il n'y a pas de consommation d'autres produits toxiques. Il n'y a pas d'arguments orientant vers d'autres dépendances comportementales telles que les jeux d'argent, les achats compulsifs ou des troubles des conduites alimentaires.

**Antécédents judiciaires :**

Il n'y a pas aucun antécédent judiciaire.

**Traitement à domicile :**

- ESCITALOPRAM 15 mg
- ALPRAZOLAM 0,25 mg prescrit en si besoin

Elle explique avoir eu plusieurs lignes de traitement antidépresseurs sans pouvoir apporter plus de précision. Selon Madame J, aucun médicament n'a montré de réelle efficacité dans son parcours. Elle aurait même reçu une prescription de LITHIUM en lien avec une période d'anxiété majeure au moment des épreuves du baccalauréat. Ce thymorégulateur aurait été rapidement arrêté en raison d'une mauvaise tolérance médicamenteuse.

**Histoire de la maladie :**

***Sur la construction de sa sexualité :***

La patiente ne rapporte aucun antécédent de violence sexuelle ou physique subie dans son anamnèse. Elle déclare avoir eu ses premières conduites masturbatoires vers l'âge de 15 ans. Elle se décrit comme une personne plutôt pudique sur le plan sexuel, que ce soit au cours de l'adolescence ou lors de sa vie de jeune femme ensuite : « j'étais hyper chaste ». Elle a donc eu 2 relations sérieuses avant de se marier en 2009.

Elle explique avoir commencé à regarder ses premières vidéos pornographiques il y a 5 ans. Elle déclare avoir été initiée par un ancien collègue qui deviendra ensuite un partenaire sexuel régulier. Elle explique que le visionnage de ce film X plutôt « soft » fut une expérience plaisante qui lui a permis par la suite d'alimenter des fantasmes notamment autour de la lingerie avec les différents partenaires rencontrés dans des situations d'adultères, à l'exception de son mari.

**Sur l'évolution de sa vie sentimentale :**

Le premier évènement marquant dans son parcours a lieu après l'échec de sa première FIV en 2015, lorsqu'un collègue de son ancien travail lui fait des avances en lui « envoyant des photos de son torse nu ». Madame explique ne pas avoir cédé à ce moment-là par « conscience morale de femme mariée ».

En septembre 2016, au cours d'activités de bénévolat, un nouveau flirt aboutit à une relation sexuelle. Madame J décrit une volonté de « remplir le vide à ce moment-là ».

Par la suite, elle entame une recherche d'attention plus fréquente en utilisant le support des réseaux sociaux. Elle entretient une relation platonique avec un jeune homme vivant en Tunisie, dans une volonté « de ne pas être seule ». Cette relation se maintenait en échange d'argent envoyé au jeune homme. Nous pouvons ainsi parler de relation affective virtuelle tarifée. Avec le recul, Madame J reconnaît avoir été « influençable et fragile ».

**La bascule dans l'addiction sexuelle :**

Elle a plusieurs relations extra-conjugales actuellement avec en moyenne 4 partenaires sexuels différents par semaine. Elle explique avoir des rapports sexuels toujours protégés, en dehors de ceux qu'elle a avec son époux. Ses derniers bilans à la recherche d'infections sexuellement transmissibles (IST), datant de son parcours de PMA, sont revenus négatifs.

L'un de ses partenaires réguliers est un homme marié et ancien collègue de travail qu'elle connaît depuis 6 ans. Il s'agit du même homme qui lui fit découvrir l'univers de la pornographie. Les relations sexuelles avec ce partenaire peuvent se dérouler dans des lieux insolites, comme des cimetières. La patiente se justifie par le fait qu'avec les années, elle a développé des tendances exhibitionnistes qui se traduisent par des rapports sexuels dans des lieux publics (cimetière, terrain vague, parking) et par l'envoi de photos dénudées, à la recherche de ce qu'elle appelle « son pic d'adrénaline ».

Madame J a donc plusieurs partenaires réguliers et des partenaires occasionnels rencontrés sur des parkings. Ces parkings qu'elle nomme « parkings de luxure » sont des lieux de rencontres privilégiés entre couple, homme ou femme seule, où des personnes peuvent avoir ou assister à des rapports sexuels. Ce modèle peut se rapprocher de celui rencontré dans les clubs libertins. A chacune de ces sorties, Madame J déclare ressentir ce besoin de s'exhiber, d'être complimentée sur sa beauté « si on me dit, tu es belle, je peux faire n'importe quoi » et surtout un besoin de ressentir ce « shoot d'adrénaline ».

La relation avec son mari est décrite comme peu épanouissante et surtout « routinière » : ils ont des rapports sexuels une fois par semaine. Elle reconnaît jouer à « l'inexpérimentée » lors des rapports avec son mari afin se conformer à la représentation de la sexualité de ce dernier. Les rapports intimes s'apparentent pour elle à un devoir conjugal.

Elle nous rapporte également l'existence d'un sac à dos contenant de la lingerie, qui semble avoir une fonction d'objet contra-phobique de réassurance plutôt que de support à un trouble paraphilique tel que le fétichisme. Ce sac à dos est stocké dans sa voiture et lui permet d'avoir un accès facile à ses sous-vêtements. Ce type de dessous n'est pas apprécié par son mari, en effet, il les qualifie de « vulgaires ». Lorsqu'elle nous parle de sa lingerie, elle nous explique qu'il s'agit aussi d'un moyen d'attirer le regard masculin sur elle « en se filmant ou en prenant des photographies de son corps dénudé » qui sont ensuite envoyées à ses différents partenaires. Elle déclare ne jamais avoir eu de relations tarifées.

Actuellement, sa consommation de films pornographiques reste occasionnelle et ne sert pas systématiquement de support à la masturbation. Elle décrit cette expérience comme « une expérience transgressive » au regard de son éducation ou de la morale de son mari. Les moments où elle s'est mise à visionner de tels films sont toujours en lien avec une volonté de tromper l'ennui ou le ressenti du vide intérieur. Il n'y a pas de sentiment de perte de contrôle, ni de recherche

frénétique d'une vidéo pornographique en particulier. Elle ne regarde qu'un seul type de vidéo pornographiques, c'est-à-dire ceux où la mise en scène et la présence de lingerie occupe une place prépondérante.

Les conduites masturbatoires sont occasionnelles, parfois accompagnées du visionnage de pornographie. Elles s'inscrivent dans un contexte similaire à la consommation de film X, c'est-à-dire en cas de situation anxiogène ou sensation de vide et d'ennui.

### **Evaluation de l'addiction sexuelle :**

Nous réalisons une passation le 03/12/2020 du test de dépistage d'addiction sexuelle de CARNES : Madame J obtient un score positif pour le diagnostic d'addiction sexuelle s'élevant à 20/25.

### **Prise en charge :**

Madame J bénéficie toujours de son suivi avec son psychologue libéral, dans lequel elle est très investie. A sa demande, nous proposons une adaptation thérapeutique de l'ESCITALOPRAM avec une augmentation à dose maximale de 20 mg par jour. A ce titre, un courrier lui est remis en main propre à destination de son médecin traitant en janvier 2021.

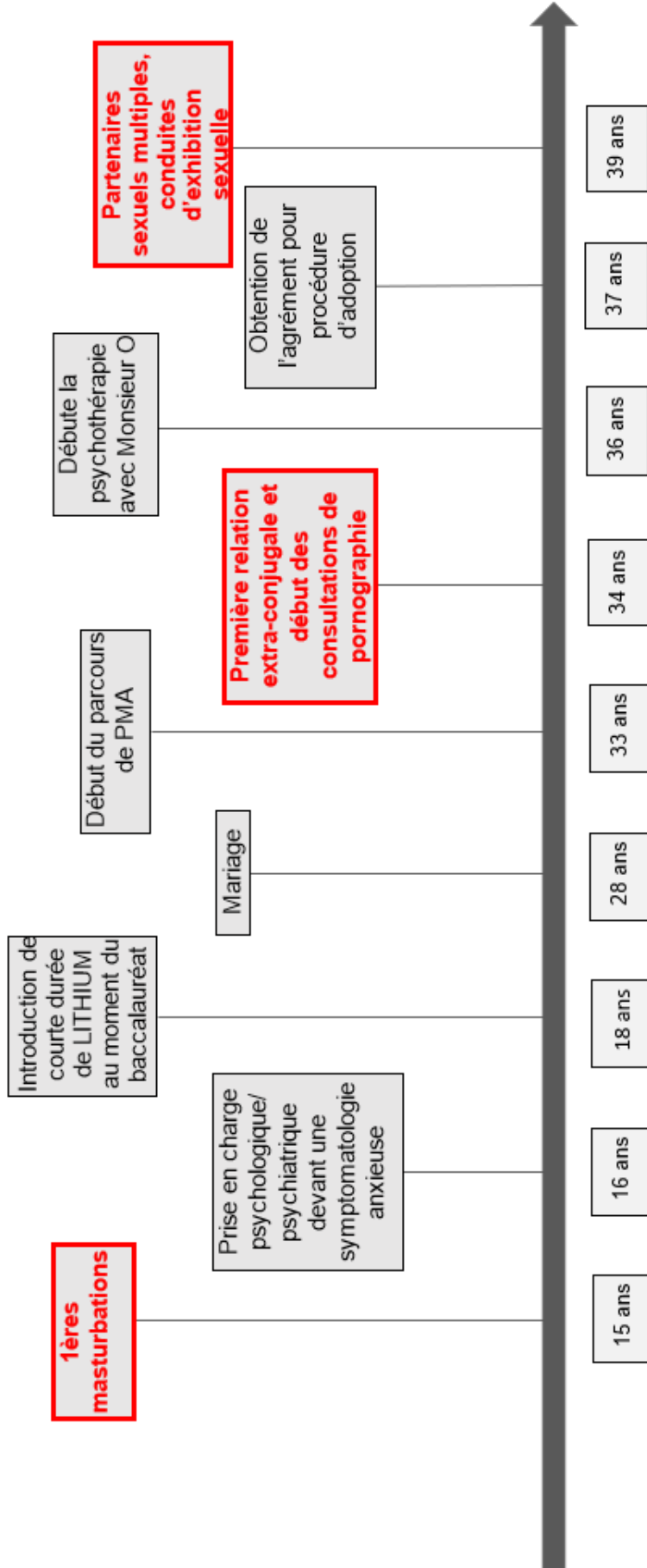
Nous la perdons de vue plusieurs semaines avant qu'elle ne nous recontacte par téléphone fin mars 2021, visiblement en grande détresse psychologique. Elle est en demande de soins urgents et nous l'orientons vers un suivi spécialisé auprès d'un psychiatre, voire d'un addictologue. Elle accepte, après plusieurs hésitations, de faire une consultation d'évaluation dans le service d'addictologie de Fontan 2 en avril 2021. Une nouvelle adaptation thérapeutique est alors proposée

*MARTINAGE Tiphaine*

avec un switch de l'ALPRAZOLAM vers le TEMESTA, ainsi que de l'ESCITALOPRAM vers la PAROXETINE et l'ajout de MIANSERINE à visée hypnotique.

Les soins addictologique au CHRU de Lille et psychologique en libéral, auxquels elle semble bien adhérer, se poursuivent actuellement.

**Flèche de vie de Madame J :**



**Légende**

Évènement clé de la vie sexuelle : **x**

Évènement important du parcours de vie : x

## B. Cas clinique 2 : Monsieur C

Monsieur C, âgé de 29 ans, est suivi depuis le mois d'avril 2019 au sein du service d'addictologie du CHRU de Lille. Il est orienté vers l'URSAVS en juin 2019, dans les suites d'un passage à l'acte judiciairisé. L'objectif est de faire une évaluation d'un trouble paraphilique de type exhibitionnisme.

### **Mode de vie :**

*Sur le plan familial :*

Le patient est célibataire depuis janvier 2021 après 1 an et demi de relation amoureuse. Il est père d'un garçon de 1 an et demi, issu d'une précédente union. Il vit actuellement chez sa mère, mais envisage de changer rapidement de domicile.

Il est le dernier d'une fratrie de 3 enfants. Il a 2 grandes sœurs âgées de 33 et 31 ans. Ils entretiennent de bonnes relations. Il a une demi-sœur de 14 ans, issue d'un second mariage du côté de son père. Sa belle-mère a elle-même 2 enfants d'une précédente union, un garçon de 25 ans et une fille de 19 ans qu'il considère comme des frères et sœurs.

Ses parents se sont séparés lorsqu'il avait 10 ans, l'entente entre eux était mauvaise depuis plusieurs années et en lien avec la dégradation de l'état psychique de sa mère. La relation qu'il entretient avec sa mère est empreinte d'ambivalence ; au sens où il déclare « qu'elle est une personne très gentille mais il faut savoir s'en méfier ». En effet, il a été victime d'un rejet de la part de sa mère. Par exemple, elle l'a déjà menacé de mort ou de l'expulsion du domicile : « j'ai du mal avec le fait qu'elle n'admette pas qu'elle ait été une mauvaise maman ». Il ajoute qu'elle a travaillé comme institutrice pour des enfants en situation de handicap : « elle n'est pas stupide ».



## *MARTINAGE Tiphaine*

Monsieur C a vécu une année éloignée de sa figure maternelle à l'âge de 10 ans. Cette dernière ayant été hospitalisée durant 6 mois en hôpital psychiatrique sur une décompensation maniaque d'un trouble bipolaire : cet accès maniaque a été mis en évidence au moment où elle a incendié le domicile familial et tenté de se suicider dans un contexte de séparation conjugale. À la suite de cet événement, Monsieur C est hébergé chez son père avec ses 2 sœurs aînées. A partir de la fin de classe de 5<sup>ème</sup> au collège, il voit ses parents en garde alternée. Avec la naissance de sa demi-sœur et le départ de sa plus grande sœur partie faire des études à l'étranger, il retourne vivre chez sa mère au début du lycée.

Les relations sont conflictuelles avec sa belle-mère et son père. Il explique ne s'être jamais vraiment entendu avec cette dernière. Il semblerait que la relation père-fils se soit fortement dégradée au moment de la rupture du patient avec sa première compagne. Le patient explique alors avoir emménagé 3 mois chez son père. Mais très vite, des conflits ont éclaté en lien avec ses consommations de toxiques et sa situation conjugale compliquée. Son père s'occuperait plus des enfants de sa compagne, ce qui fait naître un sentiment d'injustice chez le patient.

### *Sur le plan amical :*

Monsieur C. est une personne sociable et avec un bon étayage amical.

### *Sur le plan scolaire et professionnel :*

Les premières années de sa vie ont été marquées par 2 grands voyages en dehors de l'Europe. Il n'a pas bénéficié d'enseignement scolaire classique avant ses 6 ans, mais de cours à domicile. De retour en France, il suit une scolarité ordinaire et considère avoir eu un niveau scolaire

correct, malgré quelques lacunes et difficultés avec de nombreux professeurs qui « ne le supportait pas ».

A partir du lycée, on note un absentéisme important avec des répercussions directes sur ses résultats scolaires qui chutent. Il n'a donc pas pu effectuer la filière scientifique comme il aurait souhaité. Il passe cependant en filière économique et sociale. Il arrête ses études en classe de première. Par ailleurs, il est diplômé d'un BEP horticulture et d'un BAFA dans l'animation.

Il est actuellement sans emploi. Son dernier emploi en intérim comme agent de tri sélectif a pris fin en janvier 2021. Il se présente comme une personne ayant des difficultés dans l'engagement sur le long terme et dans la réalisation de tâches répétitives.

#### **Antécédents médico-chirurgicaux :**

On retrouve la notion de multiples fractures de la cheville droite dans l'enfance ainsi qu'une fracture du bras gauche. Il se décrit volontiers comme un « casse-cou », à la « recherche de sensations fortes ».

#### **Antécédents psychiatriques :**

Il n'a jamais été hospitalisé en psychiatrie, ni réalisé de tentative de suicide. Il est suivi sur le plan psychologique depuis l'adolescence. Monsieur C souffre d'un trouble de la personnalité *borderline* et de traits de dépendance affective.

Il consulte le centre médico-psychologique (CMP) en novembre 2018 dans le contexte d'obligation de soins. Il bénéficie également d'un suivi psychologique au centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) mensuel et en libéral bi-mensuel dans

ce même cadre. Le CSAPA l'oriente rapidement vers une prise en charge addictologique à Fontan 2.

**Antécédents psychiatriques familiaux :**

Sa mère souffre d'un trouble bipolaire et a été hospitalisée à plusieurs reprises, notamment pour une tentative de suicide par immolation lorsque le patient avait 10 ans. Elle a reçu pendant plusieurs années un traitement par LITHIUM. Monsieur C explique que sa mère est actuellement stabilisée sans traitement depuis 2 ans.

**Antécédents addictologiques :**

Il consomme environ 4 cigarettes/jour depuis plusieurs années. Il est en réflexion pour utiliser une substitution nicotinique de type patchs transcutanés.

Sa première utilisation de cannabis remonte à ses 13 ans. Il s'agit alors d'un usage récréatif avec une recherche du côté euphorisant de la substance psychoactive. Il en consomme ensuite régulièrement au moment du lycée.

Les consommations deviennent problématiques, car pluri-quotidiennes au moment où il décide de travailler dans les vendanges plusieurs années plus tard. Il explique avoir réussi à se sevrer en changeant d'environnement. Il réalise 2 cures de sevrage en février et en octobre 2020. Sa plus longue période d'arrêt est de 3 mois. Les consommations actuelles sont de 2 grammes de cannabis par jour. Les dépenses occasionnées sont autour de 200 euros par semaine.

Il rapporte un effet euphorisant avec l'usage de cannabis, mais également une dérégulation de son sommeil et de son appétit. Il existe aussi des effets hypnotiques et de distorsion temporelle avec mise « dans un état second ». De notre point de vue clinique, on retrouve un symptôme fréquent

## *MARTINAGE Tiphaine*

chez les consommateurs chroniques de cannabis : le syndrome amotivationnel. Cette symptomatologie peut expliquer sa désinsertion professionnelle progressive.

L'ATARAX associé au cannabidiol (CDB) en novembre 2019 lui a permis de baisser sa consommation de cannabis à 1 gramme par jour.

Il a également participé à du trafic de cannabis et explique avoir arrêté de vendre au début de la relation avec la mère de son enfant.

Il décrit un usage à risque d'alcool en contexte festif, survenant environ 1 fois/semaine ; les consommations se situent entre 4 et 10 unités standard (soit 1 à 2 bières de 50 cl à 10 degrés jusqu'à 1 demi-bouteille de whisky).

On retrouve une addiction sexuelle, détaillée ci-après, avec un phénomène de tolérance marqué (pornographie, masturbation dans des lieux publics puis exhibition). Elle va aboutir à de multiples exhibitions sexuelles chez Monsieur C.

### **Antécédents judiciaires :**

Monsieur C a été condamné pour exhibitionnisme avec masturbation, possession d'arme blanche et de cannabis en octobre 2018 à un an de suivi socio-judiciaire avec une obligation de soins (débutée en février 2019), 4 mois de prison avec sursis et un an de mise à l'épreuve.

Il n'y a pas d'autres antécédents judiciaires.

### **Traitement à domicile :**

- ATARAX 25 mg 3 comprimés/jour

## *MARTINAGE Tiphaine*

Cette prescription d'ATARAX a débuté en addictologie en avril 2019, par 1 comprimé au coucher à visée hypnotique. En effet, le patient était en décalage de phase avec des difficultés d'endormissement sans réveils nocturnes. Elle est augmentée à 3 comprimés par jour à la demande du patient. Il estime ce médicament efficace uniquement en dehors de consommation de cannabis associée. Le patient a globalement une mauvaise observance thérapeutique de ce traitement.

Ses antécédents familiaux de bipolarité expliquent qu'il n'a jamais eu d'antidépresseur.

### **Histoire de la maladie :**

Monsieur C consulte le CMP en novembre 2018 dans le cadre d'une obligation de soins pour exhibitionnisme. Dans les suites, il a été orienté en parallèle au CSAPA où il bénéficie d'un suivi psychologique. Il bénéficie également de consultations spécialisées de prise en charge de son addiction sexuelle à l'hôpital Fontan 2 à partir d'avril 2019. Au vu du trouble paraphilique suspecté, le patient a été orienté vers l'URSAVS pour évaluation spécialisée. Il a un premier contact avec cette équipe spécialisée en juillet 2019.

### ***Sur le plan clinique et sexuel :***

Au niveau de l'anamnèse, nous notons la présence d'un environnement familial incestuel : avec une mère désinhibée sur le plan comportemental, « elle se baladait à poil » et qui pouvait tenir des propos sexuels à domicile. Il est témoin de violences verbales indirectes ou directement dirigées contre lui.

La première masturbation a eu lieu à 8 ans, sous la douche d'un camping. Il n'y aurait pas eu d'éjaculation à cette période de sa vie.

## *MARTINAGE Tiphaine*

La première exposition à de la pornographie a eu lieu vers ses 10 ans : il visualise alors une scène de fellation avec un de ses amis. Il est partagé entre deux ressentis, avec une ambivalence entre un malaise et une excitation. Il n'a jamais reçu d'éducation à la sexualité que ce soit dans le domaine scolaire comme familial. Il situe l'âge de sa puberté autour de 12-13 ans. Il a une prise de conscience d'avoir une consommation excessive de contenu pornographique déjà au lycée autour de 15-16 ans.

Les contenus pornographiques concernent initialement des femmes adultes. Il explique que la frustration sexuelle apparue lors de ses relations de couple, l'a conduit à consommer de plus en plus de contenu pornographique. Il décrit une perte de contrôle « je passais beaucoup de temps à rechercher des vidéos ». Il finit par s'orienter vers des vidéos d'exhibition sexuelle « ça m'excite et ça me dégoûte en même temps », « les films pornographiques banalisent certaines pratiques et donnent une certaine façon de voir les choses ». Ces scènes sont à l'origine d'un fantasme de masturbation dans les lieux publics pour « l'adrénaline » puis par nécessité d'aller plus loin « comme une drogue ». Les masturbations deviennent compulsives. En effet, il se masturbe jusqu'à obtenir une réaction érectile dans une « tendance à s'acharner ».

Les conduites d'exhibition ont débuté il y a 3 ou 4 ans et sont associées à des masturbations. Le fantasme d'exhibition devient une condition à l'obtention de l'orgasme. Il explique avoir totalement arrêté ces conduites déviantes au moment de son arrestation, mais avoir opéré une bascule vers du sexe tarifé.

Par ailleurs, un autre mode d'excitation avec comportements sadomasochistes du type « fellation domination non consentante » est apparu sur une courte période.

## *MARTINAGE Tiphaine*

Il a ses premières relations tarifées quand sa compagne est à 5 mois de grossesse, aux alentours d'avril 2019. Il n'a jamais associé son activité sexuelle avec l'usage d'autres toxiques, ce qui écarte l'éventualité du chemsex chez ce patient.

### ***Sur le plan sentimental :***

Le patient évoque 2 relations sérieuses. Il rencontre à l'âge de 17 ans sa première petite amie. Ils ont presque le même âge. Une grossesse est déclarée après 8 mois de relation amoureuse. Ils décident de faire une interruption volontaire de grossesse (IVG) car le patient ne voulait pas encore d'enfant. Monsieur C explique qu'après cet avortement, leurs relations sexuelles étaient compliquées et moins fréquentes. Monsieur C avait envie d'avoir des relations intimes, mais pas sa compagne. Il en découle une frustration sexuelle et l'augmentation de l'usage de pornographie.

Il aura un fils issu de cette relation longue de 8 années. Il décide de mettre fin à la relation avant la naissance de son fils en juillet 2019, après avoir débuté quelques mois auparavant des séances de thérapie de couple.

Il enchaîne rapidement sur une nouvelle relation à partir de l'été 2019. Relation qu'il décrit comme satisfaisante sur le plan sentimental, mais où s'entretient selon ses dires « une certaine distance physique ». En effet, malgré le fait qu'il présente toujours du désir sexuel, progressivement, il ne présente plus ni éjaculation ni orgasme lors des rapports physiques. Cela à l'origine d'une frustration sexuelle.

Les masturbations restent quotidiennes et s'associent à un plaisir voire à un orgasme et une éjaculation ; mais les scènes d'exhibition sont nécessaires pour parvenir à la jouissance. Il est à noter que cette seconde relation lui a permis de stabiliser sa consommation de cannabis durant quelques mois. Il semble qu'elle se soit fortement dégradée à la suite d'une IVG en février 2020 et

les relations extra-conjugales consécutives répétées du patient avec des prostituées. Cela aboutira finalement à une séparation quelques mois plus tard après 1 an et demi de relation. Il exprime des difficultés à développer une sexualité épanouissante dans la relation duelle.

### **Evaluation de l'addiction sexuelle :**

Nous réalisons une passation du test de dépistage d'addiction sexuelle de CARNES le 02/02/2021 : le score obtenu est de 20/25 en faveur de ce diagnostic d'addiction sexuelle. Ce score est identique à celui de la première évaluation faite en consultation addictologique spécialisée le 22/05/2019.

Au niveau de l'expression clinique, on note une cyberdépendance à la pornographie, une masturbation compulsive et des rapports sexuels tarifés.

### **Prise en charge et évaluation de la paraphilie :**

Le patient met en avant le fait qu'il débute une prise en charge addictologique dans l'objectif de se sevrer du cannabis. Les premières consultations en addictologie consistent en la réalisation d'entretiens motivationnels. Des objectifs de court terme sont proposés comme celui de réintroduire un rythme circadien en s'engageant par exemple dans des activités de bénévolat.

En parallèle, une orientation vers une thérapie de couple est effectuée à sa demande. On lui soumet également un agenda des consommations de cannabis. Enfin, une évaluation de sa motivation par la balance décisionnelle est mise en place. Il apparaît en grande difficulté pour l'agenda des consommations de cannabis. Il est à noter qu'il utilise sa consommation de cannabis comme un palliatif à ses envies sexuelles.

En mai 2019, l'ATARAX est augmenté à 3 comprimés par jour à sa demande. Les résultats biologiques hormonaux (TSH/T4L/Testostérone/LH/FSH) réalisés en mai 2019 sont sans particularité.



## *MARTINAGE Tiphaine*

Au cours du suivi en juin 2019, il évoque le début d'une autre relation alors qu'il est toujours en couple avec sa première compagne. Il nous fait part d'une rencontre affective avec une nouvelle femme à l'origine d'une ambivalence : il déclare avoir envie d'un rapport sexuel avec cette femme « même si ce n'est pas une bonne idée » et également « avoir peur de s'attacher ». Il a donc préféré s'orienter vers une relation tarifée avec une prostituée. Ce comportement est à l'origine d'un effondrement psychique réactionnel avec discours dévalorisant et projection difficilement positive dans l'avenir : « j'ai l'impression que je ne m'en sortirai jamais ». Le patient ne présente alors aucune idée suicidaire et se montre accessible à la réassurance verbale. L'ATARAX arrêté depuis quelques semaines, est réintroduit avec une prise systématique au moment du coucher.

Il identifie la frustration sexuelle, l'ennui, la fatigue, l'anxiété ou l'insatisfaction sur le plan personnel comme des facteurs déclenchants de ce cycle addictif aux consommations de cannabis. Les facteurs déclenchants à l'origine du recours à du sexe tarifé sont assez similaires : à savoir les situations de stress, les conflits conjugaux et la fatigue. Il reconnaît rencontrer des difficultés à identifier tout ce qui le conduit à avoir de tels comportements. Il explique que le sexe lui procure une satisfaction intense, mais très courte. Il exprime des regrets tout de suite après ses passages à l'acte, puis des sentiments de culpabilité, de déception et de honte prennent place.

Il tente de gérer les phases de recrudescence symptomatique par des exercices d'écriture, cela lui procure un sentiment de fierté. D'autres stratégies alternatives telles que l'activité physique sont envisagées.

En juillet 2019, il révèle que sa visualisation de pornographie cible des scènes d'exhibition sexuelle de femmes adultes. Le patient évoque une satisfaction transitoire puis un mal-être. Il n'y a pas de masturbation possible sans usage de pornographie. Il se sent frustré par rapport à ses difficultés à atteindre l'orgasme notamment en relation duelle. Il déclare ne pas ressentir

d'envahissement par des pensées sexuelles même s'il reconnaît qu'elles ont pu survenir alors qu'il était au travail.

On lui propose donc une orientation vers l'URSAVS, mais il présente des réactions défensives vis-à-vis de cet autre axe de la prise en charge. L'évaluation auprès de l'URSAVS a pour objectif de faire un examen sexo-criminologique afin de déterminer les émotions, le scénario et les stratégies alternatives possibles en lien avec le passage à l'acte exhibitionniste. La question du rapport de pouvoir par rapport aux femmes est étudiée. Monsieur C fait le lien entre la frustration sexuelle qu'il peut ressentir lorsqu'il est en couple et la pratique d'exhibition-masturbation qui lui permettrait « une reprise du pouvoir ». L'exhibition est à l'origine d'un plaisir intense mais court et suivi de culpabilité. Il déclare s'être masturbé et exhibé devant des victimes de sexe féminin, mais il ne précise pas leur âge. La violence, sous toutes ses formes, est source d'excitation pour lui. Il a eu occasionnellement des relations sexuelles de type sadomasochiste avec sa compagne.

Parallèlement, il est orienté vers un sexologue en septembre 2019 suite à la mise en évidence de difficulté d'éjaculation sans dysfonction érectile associée. Il se sent alors frustré par sa difficulté à atteindre l'orgasme.

Le patient est perdu de vue de nombreux mois avant une reprise de contact en février 2021 avec l'URSAVS. Il a alors cessé en parallèle son accompagnement psychothérapeutique depuis la crise sanitaire.

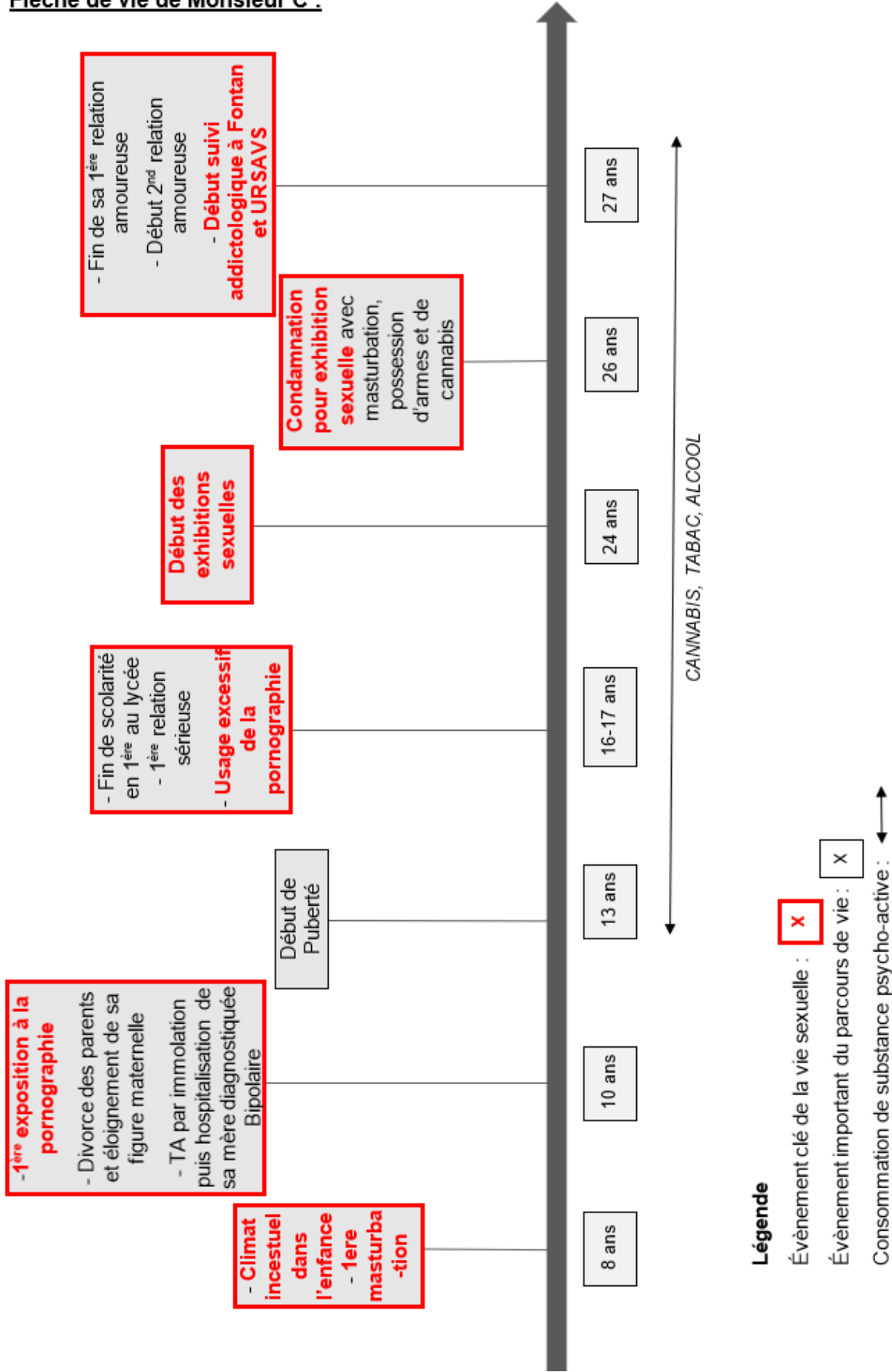
Il présente des fluctuations de l'humeur en lien avec l'inquiétude pour l'obtention de la garde de son fils. Il révèle consommer de la pornographie adulte entre 2 et 3 fois par semaine ; cela est systématiquement associé à de la masturbation. Cependant, les envies sexuelles exhibitionnistes restent d'actualité sans qu'il n'y ait eu de récurrence de passage à l'acte. Il explique que son arrestation

## *MARTINAGE Tiphaine*

pour exhibitionnisme a été « une libération ». Il continue à avoir des relations sexuelles tarifées, mais de façon plus espacée : il n'aurait pas eu recours aux prostituées depuis novembre 2020.

Son investissement dans les soins est très irrégulier comme l'illustre ses nombreuses annulations et absences non excusées en consultation en addictologie, comme à l'URSAVS. La récupération de la garde de son fils semble être sa principale motivation au changement. Il entreprend aussi dans cet objectif, des démarches avec une assistante sociale afin de retrouver un logement.

**Flèche de vie de Monsieur C :**



## C. Cas clinique 3 : Monsieur W

Monsieur W est orienté en mai 2020 par un psychiatre libéral vers l'URSAVS. L'objectif est de faire l'évaluation sexo-criminologique de ce patient de 49 ans qui a commis des agressions sexuelles sur des jeunes filles mineures de moins de 15 ans.

### **Mode de vie :**

*Sur le plan familial :*

Monsieur W est divorcé depuis 2003, et il n'a pas d'enfants. Il est le dernier d'une fratrie de trois enfants. Ses parents sont d'anciens agriculteurs. Il a reçu une éducation sévère avec peu de démonstration d'affection de la part de ses deux parents. Ces derniers se sont séparés lorsqu'il avait 14 ans. Il s'agit d'une séparation douloureuse, surtout du point de vue maternel, puisque le père entretenait des relations extra-conjugales. À la suite de cela, il évoque « un véritable éclatement familial ».

Il n'entretient plus de relation avec son père depuis plusieurs années. Il justifie cet éloignement par une divergence d'opinions au niveau de leur mode de vie et de leurs opinions politiques. Leurs relations ont d'ailleurs toujours été conflictuelles. Il décrit son père comme peu présent dans sa vie depuis son enfance.

Il vit chez sa mère depuis sa sortie d'incarcération en juillet 2019. Il existe une bonne entente entre eux. Il parle d'une mère peu démonstrative sur le plan affectif, mais présente quand il a besoin d'être soutenu.

Il entretient de bonnes relations avec sa sœur. Les relations sont plus distantes avec son frère, ils se sont encore plus éloignés depuis sa condamnation en 2019.

## *MARTINAGE Tiphaine*

### *Sur le plan amical :*

Il se décrit comme une personne sociable avec un assez bon étayage amical. Il explique avoir vu s'éloigner certains amis depuis son incarcération, certains d'entre eux étant au courant du motif d'emprisonnement et d'autres non. Il déclare vouloir aborder ce sujet avec ses amis proches, mais s'interroge sur l'espace de parole qu'on pourrait lui accorder.

### *Sur le plan scolaire et professionnel :*

Il est actuellement sans emploi et touche le RSA. Il a travaillé plusieurs mois comme bénévole associatif, car il explique aimer « se sentir utile ». Il a dû arrêter récemment cette activité à la suite d'une altercation avec un professionnel d'un magasin donateur. Il souhaite continuer une activité bénévole orientée, soit vers d'autres associations de collecte alimentaire, soit dans le domaine de l'écologie.

Il était un bon élève durant sa scolarité. Il a d'ailleurs une année d'avance depuis l'école primaire. A partir du lycée, il occupe plutôt un rôle de « cancre », ce qui a eu pour conséquence de lui faire doubler sa classe de première générale. Il obtient le baccalauréat malgré un absentéisme de plusieurs mois consécutifs.

Par la suite, il réalise un parcours professionnel atypique. Il obtient un DUT en mathématique, informatique et sciences sociales à l'âge de 21 ans. Il passera une quinzaine d'années au total dans l'informatique. Cependant, il cesse son activité d'entrepreneur en 2008 en lien avec un épisode dépressif s'intégrant dans un contexte d'épuisement au travail. Il change alors radicalement son parcours de vie : il voyage en Egypte et devient instructeur de plongée sous-marine avant d'intégrer les milieux libertaires à Paris. Ce voyage est à l'origine d'une prise de conscience politique chez lui

« je suis devenu anticapitaliste ». Il décide alors d'entreprendre une vie de militantisme. En 2012, au terme de trois années consacrées à son engagement politique qu'il qualifie de « désillusion », il s'oriente vers un emploi dans les vignes et connaît un certain nomadisme. Cependant, à partir de 2014, il retrouve son engagement et voyage à travers l'Europe. Il s'engage sur des « ZAD ou zones à défendre », travaille aussi comme « clown activiste » dans les manifestations, se confrontant régulièrement aux forces de l'ordre. Il a préféré cesser toute activité de militantisme depuis sa sortie d'incarcération.

**Antécédents médico-chirurgicaux :**

On retrouve des antécédents d'énurésie jusque l'âge de 13 ans, sans cause somatique identifiée.

**Antécédents psychiatriques :**

Il décrit un mal-être ancien et constant. Il bénéficie d'une prise en charge en psychiatrie libérale dès les premières années de son mariage devant une symptomatologie dépressive. Il entame des suivis avec différents professionnels psychologues ou psychiatres.

En 2000, avant son voyage en Egypte, un traitement thymorégulateur a été initié par son médecin généraliste devant la suspicion de trouble bipolaire avec décompensation maniaque. Ce traitement sera rapidement arrêté par un psychiatre qui contredit le diagnostic et réalise un court suivi.

On note un antécédent de tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire s'associant à un état d'alcoolisation aigue en 2002. Cette tentative de suicide survient dans un contexte d'épuisement psychique en lien avec son exercice professionnel et un contexte de divorce.

Quelques années plus tard en 2007, son mal-être le pousse à consulter un « anthropo-sexologue », sans donner suite au suivi.

Devant une symptomatologie anxio-dépressive présente au cours de l'incarcération, il bénéficie d'un suivi au sein du service médico-psychologique régional (SMPR). Après plusieurs tentatives de prises en charge par des psychiatres libéraux et sur les conseils de l'un d'entre eux, il se tourne vers un suivi spécialisé à l'URSAVS. Avec l'appui de cette équipe spécialisée, il reprend en parallèle un suivi avec un nouveau psychiatre libéral. Ce dernier lui a proposé un traitement par hormonothérapie qu'il refuse pour le moment.

**Antécédents addictologiques :**

Sa consommation de tabac s'élève environ à 30 paquets-années et a débuté à ses 19 ans.

On remarque un usage à risque d'alcool à partir de ses 15 ans, dans un but festif, mais aussi à visée de « défonce ». Cet usage devient nocif au moment où il travaille dans les vignes en 2012, « c'était une période de désespoir dans la révolte et j'ai été entraîné par un ami ». Les consommations d'alcool sont essentiellement nocturnes « pour s'anesthésier » entre 7 et 21 unités standard/jour soit entre 1 et 3 litres de vin/jour. Par ailleurs, on ne retrouve pas d'antécédents de crises convulsives ni de délirium tremens chez ce patient. Il a déjà réalisé une cure de sevrage en alcool en décembre 2019 suivi d'une post-cure en janvier 2020.

On note l'existence un trouble d'usage de l'alcool au niveau familial notamment du côté de sa mère, « c'est culturel chez nous, on est une famille du Nord de la France ».

Il est resté abstinent pendant toute la durée de son incarcération. Puis il a consommé de façon ponctuelle à sa sortie dans des moments de fléchissement thymique, tout en maintenant un suivi au



## *MARTINAGE Tiphaine*

CSAPA. Il a d'ailleurs reçu un traitement d'aide au maintien d'abstinence en alcool par ACAMPROSATE. Il est totalement abstinent depuis son entrée en cure en décembre 2019.

On retrouve également des consommations de cannabis qui ont pu être évaluées jusque 15 joints/jour. Il a commencé à en consommer à l'âge de 20 ans. Les consommations actuelles se situent entre 2 et 3 joints/jour.

Sur le plan comportemental, il existe une très probable addiction à la pornographie décrite dans la suite de la présentation.

On ne retrouve pas d'éléments orientant vers d'autres consommations de produit toxique, ni d'addiction comportementale.

### **Antécédents judiciaires :**

On retrouve un autre antécédent de condamnation pour un délit de violence en réunion en 2011, cet événement a eu lieu au cours de ses activités militantes. Il a alors été condamné à verser une amende et des dommages et intérêts.

Il a été condamné en 2019 pour des faits d'agression sexuelle sur des filles âgées de 11 et 14 ans, à une peine de 18 mois d'emprisonnement dont 12 mois avec sursis. Il a réalisé 4 mois d'emprisonnement ferme. Cette peine d'emprisonnement s'associe à 3 ans de mise à l'épreuve et comprend une obligation de soins.

### **Traitement en cours :**

- VENLAFAXINE 75 mg

## **Chimiogramme**

Il a reçu plusieurs lignes d'antidépresseurs et un thymorégulateur en 2000, ce dernier a été rapidement arrêté après avis spécialisé. Il bénéficie d'un suivi au sein du SMPR, où on lui instaure un antidépresseur, la VENLAFAXINE à la dose de 75 mg par jour. Il est à noter que ce traitement n'a pas occasionné de virage maniaque chez notre patient, écartant d'autant plus l'hypothèse d'une pathologie bipolaire. Il a bénéficié d'un traitement par ACAMPROSATE, arrêté de lui-même au bout de 7 mois devant la disparition des envies de consommer de l'alcool.

## **Histoire de la maladie :**

### ***Sur le plan clinique et sexuel :***

Le premier élément marquant dans le parcours de Monsieur W est un antécédent d'agression sexuelle qu'il a subi vers 8-10 ans de la part d'un stagiaire employé à la ferme de ses parents. Ce dernier lui aurait exposé son sexe en érection. Il se souvient de cette image comme un « flash » dans sa mémoire mais est incapable de préciser s'il y a eu ou non attouchement sexuel, voire un viol. Il n'y aurait pas eu de dépôts de plainte, mais il pense que ses parents, et en particulier sa mère, ont soupçonné cet abus sans en faire explicitement la mention.

Sa première expérience masturbatoire a lieu autour de 10-12 ans, devant un film observé dans l'entrebâillement de la porte, en cachette de son père. Il décrit un sentiment ambivalent alternant entre malaise et excitation sexuelle. La sexualité est un sujet tabou dans sa famille.

Il situe le début de sa puberté à 13 ans avec ses premières modifications corporelles et ses premières masturbations. Sa première relation sexuelle a lieu à 19 ans avec une fille de son âge rencontrée lors d'une soirée entre amis. Ce rapport sexuel était consenti bien qu'ils aient été

alcoolisés tous les deux. Les premiers supports à la masturbation ont toujours été ses propres fantasmes imaginaires ou remémorations d'histoires vécues.

Un changement important dans sa vie sexuelle apparaît en 2008 avec les premiers visionnages de pornographie. Il décrit un usage occasionnel 3 à 4 fois par semaine devant des contenus « légaux et banals ». Il précise qu'il ressent à cette époque un isolement affectif et une frustration sexuelle. Puis, dès 2012, la consommation compulsive de pornographie l'amène à visionner du contenu déviant avec du frotteurisme ou des scènes de viol, il se dit excité par « le côté absurde et interdit ». Il fait le lien avec une période où il ressentait un vide affectif important. Il évoque de grandes difficultés pour se masturber, il consomme donc de la pornographie avec une grande culpabilité « l'imaginaire ne suffit plus avec le porno », « le porno m'a conduit à sexualiser le corps des adolescentes ».

Partant ainsi de consommations de vidéos conformes à ses fantasmes autour d'une sexualité « classique » entre adultes consentants, il bascule assez rapidement vers du contenu plus déviant, c'est-à-dire du frotteurisme, de l'exhibitionnisme et les scènes de viol en réunion.

On peut donc parler de consommation compulsive de pornographie s'associant à des masturbations de plus d'une heure 4 à 5 fois par jour. Les périodes de fléchissement de l'humeur apparaissent comme des facteurs déclenchants et renforçants cet usage excessif de pornographie. Cette consommation de pornographie est devenue progressivement croissante et a pris fin au moment de son incarcération en 2019.

Il n'a jamais visualisé de pédopornographie ni d'autres types de contenus violents/déviantes pour s'exciter sexuellement. Il déclare n'avoir aucune attirance sexuelle envers les enfants

prépubères. Il reconnaît avoir eu des pulsions exhibitionnistes au moment où il allait à la piscine, sans qu'il y ait eu de passage à l'acte.

L'infraction à caractère sexuel se déroule en 2019 et les deux jeunes filles victimes d'agression sexuelle sont âgées de 11 et 14 ans. Elles ont été choisies au hasard et par opportunisme lors d'une séance de natation : « Le premier contact était accidentel dans le toboggan de la piscine. Puis, je me suis senti glissé. Une gamine ne comprend pas, je pensais qu'il y avait moins de risques. J'ai l'impression qu'une femme n'aurait pas acceptée ».

Il évoque donc d'abord un contact accidentel avec le corps d'une des jeunes filles qui lui a donné envie de récidiver. Il existe une amnésie partielle du passage à l'acte, il ne se souvient pas en totalité des gestes qu'il a réalisés. Il reconnaît avoir consommé 2 ou 3 joints de cannabis au moment des faits. A cette période de sa vie, il vivait dans un squat et se rendait à la piscine à titre de loisir « j'ai toujours aimé et pratiqué la natation en tant qu'ancien moniteur de plongée », mais aussi pour avoir accès aux douches.

Le patient ne décrit pas d'excitation sexuelle ni d'érection au moment du passage à l'acte en 2019, mais il reconnaît un envahissement de sa pensée par des fantasmes sexuels favorisés par ses consommations massives de pornographie et un isolement affectif.

Il reconnaît l'ensemble des faits lors du jugement, mais il explique s'être effondré à l'annonce de la condamnation. Il décrit un vécu difficile de ses 4 mois d'emprisonnement. Une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à l'incarcération est évoquée. Il a donc bénéficié d'un suivi au SMPR et de l'introduction d'un médicament antidépresseur par VENLAFAXINE.

**Sur le plan sentimental :**

Monsieur W a eu plusieurs relations amoureuses. Premièrement, il s'est marié à 21 ans et cette union a duré 10 ans. Il décrit une relation peu épanouissante avec une vie sexuelle insatisfaisante « 9 ans d'abstinence sexuelle », cela s'expliquerait par le fait que son ex-femme ait été victime d'abus sexuels et ne lui concédait que des rapports bucco-vaginaux. Le divorce est précipité par l'épisode dépressif de 2002 et également par une nouvelle rencontre amoureuse de Monsieur W avec une collègue de travail.

Il a ensuite vécu 5 ans en concubinage avec cette collègue qui était en couple au moment de leur rencontre. Il se sent amoureux et plus épanoui sexuellement, mais cette relation prend fin du fait des nombreuses infidélités de sa compagne. Il évoque alors un sentiment de trahison et une grande souffrance : « j'étais détruit ».

Après son voyage en Egypte, il a deux autres relations sérieuses. L'une d'elle est décrite comme une expérience humiliante où il avait des troubles d'érection. Il manquait alors de confiance en lui-même, et aurait subi de nombreux reproches du fait de son état psychologique fragile.

Depuis 2014, il n'entretient plus aucune relation affective ni sexuelle.

**Evaluation de l'addiction sexuelle et de la paraphilie :**

Nous réalisons une passation du test de dépistage d'addiction sexuelle de CARNES le 12/02/21 : le score retrouvé est évalué à 12/25, ce qui correspond à des symptômes atténués d'addiction sexuelle. Aucun autre test de dépistage de référence n'avait été réalisé précédemment.

Nous évaluons, le 17/02/21, la présence de distorsions cognitives au travers de 2 échelles que sont la RAPE SCALE et la MOLEST SCALE.

La RAPE SCALE ne met pas en évidence de distorsions cognitives par rapport aux femmes adultes. En marge de l'évaluation, le patient explique ne pas avoir de fantasme de viol et exprime un ressenti de honte et de culpabilité après avoir visionné un contenu « déviant ».

La MOLEST SCALE qui évalue les cognitions sur les enfants, n'a pas non plus mis en évidence de distorsions cognitives de type justification du passage à l'acte, responsabilité de l'enfant pour l'abus, diminution de la responsabilité de l'abuseur (minimisation ou déni de l'abus), négation de l'impact de l'abus sur l'enfant, ou le fait de considérer l'enfant comme un adulte.

Nous passons également le 11/03/21 les deux échelles de dépistage de pédophilie que sont la Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI 1 et 2). Le score obtenu à chacun des tests est de 3/5. L'interprétation de ces résultats oriente, dans chacune des échelles, vers la possible présence d'un intérêt sexuel déviant envers les enfants.

Nous avons également réalisé le même jour, la passation du questionnaire sur l'intensité des fantasmes, du désir et du comportement sexuel. Ce questionnaire explore les différents domaines (fantasmes, désirs, comportements sexuels) sur les 30 derniers jours. Le patient présente alors des fantasmes sexuels pour les femmes adultes uniquement, à une fréquence de 2 à 3 fois/semaine. Ces fantasmes pour les femmes adultes ne sont associés à aucun désir sexuel ou pulsion sexuelle. Il déclare avoir 2 à 3 éjaculations par semaine en lien avec ces fantasmes sur femmes adultes. Monsieur W ne présente ni fantasmes, désirs ou pulsions sexuels pour les enfants prépubères. Il n'y a pas d'autres paraphilies associées chez Monsieur W.

**Prise en charge :**

Le suivi débute à l'URSAVS en février 2020 après son incarcération. Le patient y est orienté par un psychiatre exerçant en libéral. Dès les premières consultations, Monsieur W apparaît dans

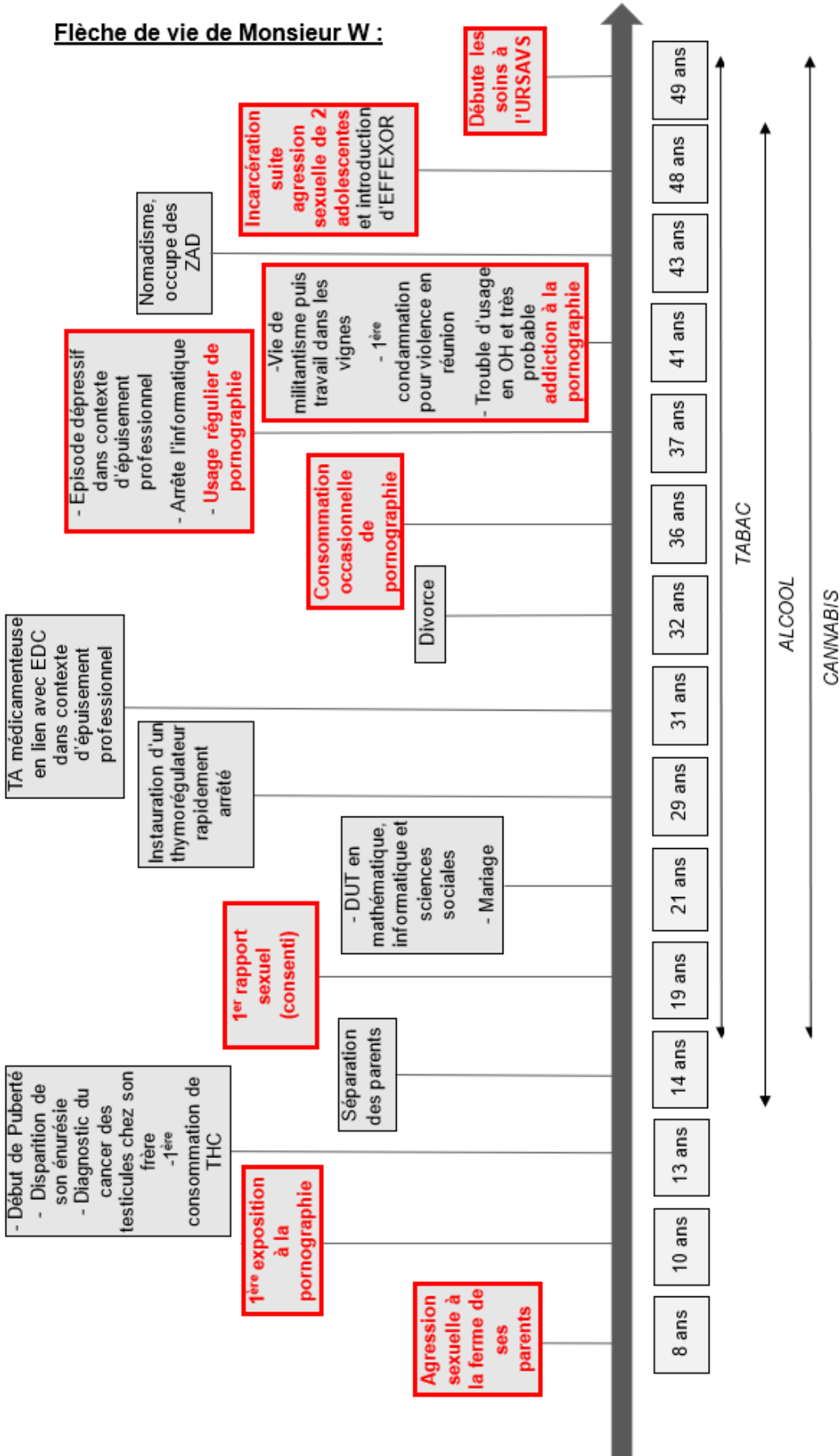
une demande de réassurance importante. Il met en avant des troubles du sommeil à type d'hypersomnie. Une labilité de l'humeur y est associée, ainsi qu'un pragmatisme important et des idées noires sans velléités de passage à l'acte auto-agressif immédiat. Il a ensuite bénéficié d'entretiens téléphoniques au cours de la période de confinement de mars 2020 lié à la crise sanitaire. L'humeur du patient s'est progressivement stabilisée sans nécessité de réajustement du traitement médicamenteux par VENLAFAXINE. Monsieur W semble investir de façon excessive la relation thérapeutique. Il est aussi dans une quête de compréhension de son passage à l'acte hétéro-agressif.

Après la période d'évaluation, il débute un suivi avec le médecin sexologue de l'URSAVS afin d'envisager de nouvelles perspectives en termes de santé sexuelle.

Il déclare que l'arrêt de la consultation de pornographie a été un véritable sevrage, des symptômes de manque (anxiété, frustration par exemple) y étaient associés. Il a eu de grandes difficultés à chasser de telles images de ses pensées : « La pornographie a abîmé quelque chose dans ma boîte à fantômes, dans ma boîte à désirs ». Monsieur W déclare que par la suite des masturbations ont été possibles sans utiliser de supports vidéo pornographiques. En parallèle, un suivi psychologique a été amorcé avec un travail d'élaboration autour du vécu traumatique de l'incarcération. Une reprise du suivi psychiatrique s'est avérée indispensable, l'URSAVS ne se substituant pas aux soins généraux de secteur.

Le patient déclare que ce qui le motive à cette prise en charge est premièrement un désir de comprendre le passage à l'acte, puis d'entamer un travail sur la reconstruction de la confiance en soi pour enfin parvenir à construire une relation amoureuse saine et satisfaisante. Cependant, il reste conscient de ses lacunes et du travail à accomplir : « Je suis conscient d'être cabossé ».

**Flèche de vie de Monsieur W :**



**Légende**

Évènement clé de la vie sexuelle : X

Évènement important du parcours de vie : X

Consommation de substance psycho-active :  $\longleftrightarrow$



**Tableau 1 récapitulatif des cas cliniques**

	<b>Cas clinique 1 : Madame J</b>	<b>Cas clinique 2 : Monsieur C</b>	<b>Cas clinique 3 : Monsieur W</b>
<b>Clinique de l'addiction sexuelle</b>	Partenaires sexuels multiples (environ 4 partenaires sexuels différents par semaine)  Carnes à 20/25	Masturbation compulsive, usage excessif de pornographie et rapports sexuels tarifés  Carnes à 20/25	Masturbation compulsive et usage excessif de pornographie  Carnes à 12/25
<b>Paraphilie associée à l'addiction sexuelle</b>	Exhibitionnisme	Exhibitionnisme	Hébéphilie
<b>Antécédents addictologiques</b>	0	Tabagisme actif (4 cigarettes/jour)  THC : 2 grammes /jour (fumée)  OH : usage à risque en contexte festif	Tabagisme actif : 1 paquet/jour  OH : usage nocif, abstinent depuis dernière cure en décembre 2019  Antécédent familial de trouble d'usage en OH (usage nocif)  THC : 2-3 joints/jour
<b>Antécédents psychiatriques</b>	Troubles anxieux +/- symptômes dépressifs depuis le lycée	Trouble de personnalité <i>borderline</i>  Antécédent de bipolarité chez sa mère	Enurésie  Thymorégulateur prescrit à 29 ans (rapidement arrêté)  Tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire à 31 ans  Symptomatologie anxio-dépressive en lien avec épuisement professionnel (31 et 37 ans)  Symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle au moment de son incarcération et prise en charge au SMPR (48 ans)
<b>Evènements</b>	Parcours de PMA en 2015	Climat incestuel dans l'enfance	Agression sexuelle à la ferme de ses parents (8 ans)

<b>faisant effraction dans le développement sexuel</b>		1 <sup>ère</sup> exposition à la pornographie (10 ans)	1 <sup>ère</sup> exposition à la pornographie (10 ans)
<b>Age de la première masturbation</b>	15 ans	8 ans	10-12 ans
<b>Age du début des troubles</b>	Partenaires sexuels Multiples (à partir de 34 ans)	Usage excessif de la pornographie (dès 15 ans) Début des exhibitions sexuelles (24 ans) Rapports sexuels tarifés (27 ans)	Consommation compulsive de pornographie (à partir de 41 ans)
<b>Parcours judiciaire</b>	0	OS en 2018 (26 ans) suite condamnation pour exhibitionnisme avec masturbation, possession d'arme blanche et de cannabis	Condamnation pour un délit de violence en réunion en 2011, au cours de ses activités militantes  Condamné en 2019 pour des faits d'agressions sexuelles sur des filles âgées de 11 et 14 ans, à une peine de 18 mois d'emprisonnement dont 12 mois avec sursis
<b>Entrée dans les soins</b>	Consulte un psychologue devant des symptômes anxio-dépressifs à 36 ans	Début un suivi CMP en 2018 (OS)	Début de soin à l'URSAVS à la sortie d'incarcération en 2020 (OS)
<b>Prise en charge actuelle</b>	Traitement médicamenteux par TEMESTA, PAROXETINE et MIANSERINE Psychothérapie d'inspiration analytique, consultation spécialisée en addictologie depuis 2021	Traitement médicamenteux par ATARAX  Suivi irrégulier en addictologie à Fontan 2 et consultation spécialisée à l'URSAVS depuis 2019	Traitement médicamenteux par EFFEXOR  Suivi addictologique au CSAPA  Suivi psychiatrique ambulatoire, Consultation spécialisée (sexologie et psychologie) à l'URSAVS

## IV. Discussion

« *Ceux qui contrôlent leur désir, c'est que leur désir est assez faible pour être contrôlé* »

William Blake

### A. Résultats

#### 1. L'addiction sexuelle

Le diagnostic d'addiction sexuelle est confirmé par le test de dépistage de Carnes (**annexe 4**) dans les 2 premiers cas cliniques. Mais dans le cas 3, nous pensons être en présence de symptômes résiduels d'une addiction sexuelle. Le patient a, en effet, réussi à baisser considérablement son utilisation de pornographie et à avoir des conduites masturbatoires sans utiliser de supports vidéo pornographiques.

Nous avons identifié dans chaque cas clinique plusieurs facteurs de vulnérabilité aux addictions. Un style d'attachement insécuré a été retrouvé dans les 3 vignettes cliniques. Madame J et Monsieur C présentent également un trouble de personnalité. De plus, on note la présence de troubles anxio-dépressifs anciens chez Madame J et Monsieur W. Dans le cas de Monsieur C, l'existence d'un profil de *sensation seeker* (recherche de sensation) est à évoquer, compte tenu de ses antécédents médico-chirurgicaux, sa structure de personnalité et ses antécédents addictifs. Ce profil correspond à « *un trait qui se caractérise par la recherche de sensations nouvelles, variables et complexes et par la volonté de prendre des risques physiques, sociaux, légaux et financiers dans la recherche de celles-ci* » (189) .

Monsieur C et Monsieur W présentent un trouble lié à l'usage de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis). Ainsi, il existe chez eux des modifications au niveau neuronale et biologique de leurs systèmes de récompense, de motivation ou de prise de décision. Les stimuli érotiques sont donc plus à risque d'être dysfonctionnels chez eux (65). On retrouve en plus chez ces 2 patients, un facteur de vulnérabilité retrouvé de façon plus spécifique dans l'addiction sexuelle, que représente la perturbation de leur développement psycho-sexuel d'origine traumatique (6).

Le comportement sexuel addictif a souvent une fonction d'anxiolyse et/ou valeur de réassurance (4). Pour Madame J, le comportement sexuel serait plutôt à rapprocher de son immaturité affective et de l'existence d'un possible sentiment d'infériorité par rapport à son incapacité à être mère. Nous évoquons pour cela l'échec de la procédure de FIV. Est-ce que la sexualité serait pour elle un moyen de s'affirmer en tant que femme ? Si ce n'est pas la fonction reproductive, cela pourrait être par sa capacité de séduction. Le comportement addictif lui permettrait ainsi de combler un sentiment de vide affectif. Monsieur C explique se tourner préférentiellement vers ce comportement sexuel lors des événements de vie stressants. Le sexe lui permettrait ainsi de s'évader dans une quête de nouvelles sensations. Pour Monsieur W, ce sont surtout les périodes de fléchissement de l'humeur qui l'amènent à faire un usage excessif de la pornographie. Il est possible que ce patient présente un trouble dépressif récurrent, qu'il sera nécessaire d'explorer à distance de la prise de toxique.

## 2. Facteurs favorisant la bascule vers la paraphilie

En ce qui concerne la paraphilie, on constate que Madame J a manifesté à plusieurs reprises des comportements d'exhibition sexuelle : elle a commencé par aller sur internet, puis sur des parkings, avant d'avoir des rapports sexuels dans des cimetières. On peut ainsi mettre en évidence l'apparition d'un phénomène de tolérance de son addiction sexuelle dans les différentes situations d'exhibition sexuelle.

Bien que l'exhibition sexuelle soit fréquente dans ses pratiques sexuelles, elle n'est ni systématique ni indispensable à l'obtention d'une jouissance sexuelle. Elle n'est pas non plus à l'origine d'une souffrance pour la patiente elle-même ou un tiers. Les individus témoins de scènes d'exhibition sont des adultes totalement consentants. Cela écarte ainsi le diagnostic de trouble paraphilique exhibitionniste comorbide de l'addiction sexuelle chez Madame J. Le trouble exhibitionniste est d'ailleurs extrêmement rare chez la femme (67). On peut cependant parler d'intérêt sexuel exhibitionniste isolé.

Selon la définition du DSM-5, Monsieur C souffre d'un trouble paraphilique exhibitionniste. En effet, il y a plusieurs passages à l'acte d'exhibition sexuelle apparus 3 ou 4 ans auparavant, il ne s'agit donc pas d'un comportement transitoire (critère A). Et l'un de ces passages à l'acte sexuel va porter préjudice à un tiers et être à l'origine de répercussions légales pour le patient (critère B). Il existe aussi une détresse subjective du patient vis-à-vis de son comportement sexuel à type de culpabilité et de honte. Rappelons que ce diagnostic nécessite d'évaluer l'existence d'une victime mineure afin de ne pas méconnaître l'association avec un trouble pédophilique. Ce n'était pas le cas à priori chez Monsieur C. La présence d'un mode d'excitation sexuelle dans le domaine

de la déviance sexuelle (trouble exhibitionniste, intérêt porté sur le sadomasochisme) est à rapprocher de la fonction autodestructrice du comportement sexuel chez lui. Cette fonction se manifeste dans les rapports de domination ou de soumission et a été identifiée chez certains sujets addicts sexuels (4).

En ce qui concerne Monsieur W, nous écartons l'existence d'un trouble paraphilique (pédophile ou hétérophile), et nous orientons vers un passage à l'acte paraphile isolé. En effet, on a retrouvé peu de distorsions cognitives aux échelles standardisées de la Rape scale et surtout de la Molest scale qui cible les enfants. La Molest scale constitue un outil intéressant même s'il existe un biais de la désirabilité sociale dans les réponses fournies (190). On retrouve un score de dépistage peu informatif concluant au SSPI 1 et 2 à l'existence d'un possible intérêt déviant pour les enfants. Le questionnaire sur l'intensité des fantasmes, du désir et du comportement sexuel ne met pas en évidence de fantasmes pédophiliques, mais uniquement dirigés vers les femmes adultes. D'un point de vue clinique, le patient ne déclare aucune attirance sexuelle pour le corps d'enfants prépubères ni d'adolescents. Enfin, il déclare ne jamais avoir consulté de pédopornographie.

Si la bascule vers la paraphilie n'est pas expliquée par l'utilisation de la pornographie chez Madame J, elle peut se faire par la structure de sa personnalité. En effet, Madame J présente, selon nous, un trouble de personnalité *borderline*. La dépendance affective est un concept intéressant à évoquer chez cette patiente, car il est décrit comme un fonctionnement de type personnalité *borderline* à minima lorsque les troubles anxieux sont prédominants. Il peut aussi être interprété comme un

fonctionnement de type dépendant si c'est l'estime de soi et de ses propres capacités qui sont défaillantes (191).

Monsieur C fait usage de pornographie de manière excessive depuis l'adolescence, moment de plus grande vulnérabilité à ce type de contenu (36,91,94). L'IVG de sa première compagne apparaît comme un facteur favorisant son entrée dans l'addiction à la pornographie. Il décrit le même processus de perte de contrôle que celui mis en évidence dans les études (5,51) au niveau du type et des quantités de vidéos regardées (vidéos d'exhibition sexuelle et parfois des vidéos de comportements sadomasochistes), jusqu'aux poursuites judiciaires après une nouvelle conduite d'exhibition sexuelle. Dans ce second cas clinique, cette augmentation des consommations et la recherche de contenus plus déviants sont à rapprocher du phénomène de tolérance de l'addiction à la pornographie.

On peut alors supposer que l'association d'un profil individuel de *sensation seeker*, d'un trouble de personnalité *borderline*, d'une perturbation du développement psychosexuel et de la recherche de nouveauté en lien avec un phénomène de tolérance de l'addiction sexuelle soit à haut risque d'apparition d'un comportement sexuel déviant chez Monsieur C.

L'usage de pornographie est aussi problématique chez Monsieur W. Il existe une consommation occasionnelle au cours de sa vie de jeune adulte. Elle devient compulsive à partir de ses 41 ans. Il s'agit d'une période charnière de son parcours, il change radicalement son mode de vie. Il développe alors une dépendance à l'alcool et consomme de plus en plus de pornographie et s'oriente progressivement vers un contenu

plus déviant. De la même façon que le cas clinique 2, nous identifions un phénomène de tolérance dans l'addiction à la pornographie chez Monsieur W. Dans cette escalade, il est condamné pour des faits d'agression sexuelle sur des mineures de moins de 15 ans. Il s'agit ici d'un passage à l'acte opportuniste. L'association de ce phénomène de tolérance et d'un usage régulier de substances psychoactives telles que le cannabis, capable d'altérer les capacités d'inhibition et de prise de décision expliquerait le passage à l'acte opportuniste, d'allure paraphile chez ce patient.

### **3. La prise en charge**

L'entretien motivationnel constitue un levier intéressant chez des sujets ambivalents ou dans le déni comme c'est le cas des 2 premiers cas cliniques. Monsieur W présente lui une bonne motivation interne à comprendre son passage à l'acte, la prise en charge individuelle a pu donc rapidement être mise en place.

Dans la prise en charge en TCC classique, des stratégies alternatives pour palier à son ennui et son sentiment de vide, ont été choisies par la patiente avec notamment l'activité sportive ou culinaire. Monsieur C a aussi développé des stratégies alternatives (écriture, activité physique) dont l'usage est à valoriser. Il a baissé sa consommation de pornographie, entretient moins de relations sexuelles tarifées et présente un moindre envahissement par les envies sexuelles exhibitionnistes depuis qu'il a débuté sa prise en charge addictologique et psychiatrique spécialisée à l'URSAVS. Il serait toutefois précoce de parler de rémission du trouble exhibitionniste chez lui, la rémission complète se définit par l'absence de récurrence de passage à l'acte ou d'altération du fonctionnement sur une période de 5 ans minimum (67).



La grande difficulté avec Madame J a été l'accès à la prévention des risques : sur le plan physique pour commencer, avec le risque de contamination aux infections sexuellement transmissibles et celui de grossesse non désirée. Les risques d'être victime de violence physique, psychologique ou sexuelle sont également bien réels.

L'utilisation de l'hormonothérapie ne semble pas indiquée chez les patients dans la mesure où, soit ils ne présentent pas de trouble paraphilique (cas 1 et 3), soit le trouble paraphilique identifié ne remplit pas les critères suffisants pour le justifier (cas 2 avec trouble exhibitionniste sans risque de viol ou pédophilie) (149). D'autant plus que dans le dernier cas, le patient a refusé catégoriquement cette modalité de traitement proposé par son psychiatre et son consentement reste indispensable.

## **B. Limites**

Il existe des limites à ce travail. Sur les 3 patients, 2 ont été perdus de vue plusieurs mois, ce qui a compliqué leur évaluation et notamment la passation d'échelles standardisées. Leur accompagnement médico-psychologique s'en trouve ainsi impacté, surtout dans le cas de Monsieur C. Ce mode de fonctionnement marqué par l'instabilité est une bonne illustration de leur difficulté dans les relations interpersonnelles. Par ailleurs, un seul patient a bénéficié d'un bilan hormonal de première intention, pourtant indispensable pour écarter les diagnostics différentiels existants par rapport à l'addiction sexuelle ou la paraphilie.

De plus, ce travail sous forme de présentation de cas cliniques ne peut être extrapolé à grande échelle. En effet, il s'agit d'un travail d'ébauche apportant une réflexion sur la place de la pornographie, des troubles de la personnalité et leurs conséquences chez des personnes addicts au sexe, qu'il sera nécessaire de confirmer par des études en population générale.

## C. Perspectives

Les sujets dépendants au sexe entrent dans les soins souvent de manière indirecte (6,192). On le remarque dans les 2 cas cliniques masculins pris en charge à la suite de conséquences médico-légales (obligation de soins) de leur addiction.

Le cas clinique 1 illustre également aussi la difficulté d'entrée dans les soins des patients addicts au sexe, en particulier les femmes. Madame J nie dans un premier temps être en difficulté dans sa sexualité et ne reconnaît que les troubles anxio-dépressifs comorbides. Le poids du tabou explique sans doute la sous-représentation des femmes dans cette addiction comportementale (193). Le film *Shame* de Steve McQueen, sorti en 2011 a su saisir par son titre évocateur un des aspects les plus pénibles de l'addiction sexuelle.

Il serait donc intéressant de travailler la représentation de ce trouble dans la population générale afin de limiter la stigmatisation des personnes souffrant d'addiction sexuelle. Cette stigmatisation et même cette auto-stigmatisation, constitue en effet un frein à leur entrée dans des soins adaptés. Les médias sociaux, sources d'information

formelle et informelle sur la sexualité sont un outil à ne pas négliger. La sensibilisation des professionnels de santé est aussi importante.

La troisième vague des TCC représentée par la thérapie en pleine conscience (ou *mindfulness*) est une psychothérapie qui peut avoir son intérêt dans les 2 derniers cas cliniques. Cette thérapie vise une meilleure gestion des émotions, elle se focalise plus sur les pensées et les émotions que le contenu de celles-ci. Il existe des protocoles spécifiques pour permettre la réduction du stress (MSBR ou *Mindfulness bases stress reduction*) ou qui ciblent la prévention des rechutes dépressives (MBCT ou *Mindfulness Bases Cognitive Therapy*) (194).

La thérapie comportementale dialectique combine des stratégies de thérapie de TCC classique et de *mindfulness* (195). Elle vise le changement de l'individu ainsi que son acceptation. Elle est une modalité de prise en charge à envisager dans les 2 premiers cas cliniques. En effet, elle a montré son intérêt dans la prise en charge du trouble de personnalité *borderline* puisqu'elle favorise un travail de régulation des émotions et de gestion du stress (6,196). De façon complémentaire, on pourrait associer une participation à des groupes de soutien pour les dépendants affectifs et sexuels comme le groupe des Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes (réunions sur [www.dasafrance.free.fr](http://www.dasafrance.free.fr)) (39).

L'approche psychocorporelle a déjà montré des effets bénéfiques chez les sujets souffrants de troubles des conduites alimentaires (197). Elle aurait sa place dans un autre type d'addiction comportementale comme l'addiction sexuelle, car elle permet au patient d'être à l'écoute de son corps et de pouvoir se le réapproprier.

Enfin, l'approche sexologique est intéressante pour évaluer la dysfonction éjaculatoire de Monsieur C et développer la notion de la santé sexuelle chez les 3 patients. Cette notion est envisagée comme état de bien-être ou d'épanouissement sur le plan sexuel (1).

Une exposition précoce à un contenu pornographique est à risque de développer un usage excessif à l'âge adulte (110,198). De plus, la forme numérique de cette nouvelle pornographie est elle-même problématique, car la présentation sous forme vidéo en particulier, induit une réponse sexuelle plus intense que tout autre forme de pornographie (102). L'installation d'un contrôle parental sur l'ordinateur est une stratégie de limitation à envisager avec les patients (4). Dans une stratégie de réduction de risque, on pourrait aussi leur proposer de s'orienter vers des conduites masturbatoires avec supports érotiques/pornographiques n'utilisant pas internet (images érotiques, lectures suggestives...). L'objectif est alors d'aider ces patients à mieux explorer leur univers fantasmatique.

Ainsi, les stimuli sexuels se retrouvent aujourd'hui surreprésentés dans notre société et constituent un facteur de vulnérabilité et de renforcement environnemental pour les sujets souffrant d'addiction sexuelle. Un travail de prévention est nécessaire afin de protéger la santé mentale et sexuelle de cette population fragile et par extension celle de l'ensemble de la population.

Il existe par exemple des mesures éducatives simples, qui ont déjà fait leurs preuves dans une méta-analyse de 1996, comme la mise en place d'un simple message de prévention rappelant le côté fictionnel de la vidéo pornographique concernée (199). Il

faut sensibiliser et mieux former les professionnels de santé à détecter cette addiction comportementale. Des outils de dépistage rapide comme le questionnaire PEACCE peuvent ainsi être utilisés. La prévention passe également par le fait de fournir des informations sur la sexualité et sur la pornographie au jeune public, mais aussi à toute personne vulnérable dans sa sexualité. L'éducation sexuelle permet de développer l'esprit critique des jeunes et donc de limiter l'influence de ce média sur la sexualité en cours et en devenir (200).

## V. Conclusion

Il existe une limite floue entre le concept d'addiction sexuelle et celui de paraphilie (37,129). L'étude des facteurs de risque de passage d'une addiction sexuelle à des comportements paraphiliques est un enjeu de la recherche actuelle (6). Par cette étude de trois cas cliniques, nous avons ainsi mis en évidence que la présence de traits de personnalité pathologiques (cas 1 et 2) ou l'usage excessif de pornographie (cas 2 et 3) chez des sujets addicts sexuels favorise cette bascule.

Les données de la littérature montrent qu'il existe une base psychopathologique commune à l'addiction sexuelle et la paraphilie ; que l'on retrouve notamment à travers les antécédents de maltraitance. Ces deux troubles auraient une fonction proche qui est de transformer un état émotionnel de souffrance en un ressenti plus tolérable, voire même en une source de plaisir (6,60). Il s'agit là bien d'une stratégie d'adaptation dysfonctionnelle.

Cependant, l'objectif de prise en charge reste différent. Dans l'addiction sexuelle, on ne vise pas l'abstinence, alors que dans le cas de pratiques sexuelles illégales et dangereuses pour autrui ou le sujet lui-même (exhibitionnisme, vol de lingerie...), leur arrêt définitif est la seule solution (3). En pratique, la prise en charge des paraphilies permet surtout de les rendre moins envahissantes sans les faire totalement disparaître (186).

Les démarches de prévention et d'accompagnement sont essentielles du côté de l'addiction sexuelle et de la sexualité de façon générale. Notre société doit répondre à ce

nouveau défi en particulier lorsqu'on a conscience de la vulnérabilité de certains publics (enfants, adolescents, personnes souffrant d'addiction sexuelle). Les sites pornographiques doivent aussi prendre leur responsabilité vis-à-vis de la jeunesse, mais également de la population générale, compte tenu le nombre de connexions qu'ils engendrent. Ce trafic a d'ailleurs été encore plus massif lors du premier confinement lié à l'épidémie de Covid-19 (201).

Un pas a été récemment franchi avec l'assignation en justice de fournisseurs d'accès à internet par des associations de protection de l'enfance. Il leur est reproché de laisser un accès excessivement facile aux mineurs au contenu de plusieurs sites pornographiques, dont le leader Pornhub. À la suite d'un article du *New York Times* de décembre 2020, ce même site s'était retrouvé dans la tourmente, accusé de diffuser des scènes de viol et de pédopornographie. Il s'est donc retrouvé dans l'obligation de supprimer la moitié des vidéos de la plateforme, ainsi que modifier sa politique de vérification de contenu diffusé en ligne.

Il faut donc appréhender de nouvelles pistes pour protéger le jeune public, mais aussi lui fournir une éducation sexuelle satisfaisante qu'il n'ira pas rechercher dans la pornographie. Dans cet objectif, le gouvernement a mis en place une plateforme d'information, de prévention et de protection des mineurs contre l'exposition à la pornographie en ligne. Elle comporte des conseils, des outils et des ressources afin de mieux informer et d'accompagner les parents (202).

Ainsi, la comorbidité entre addiction sexuelle et paraphilie reste mal connue (6), elle mériterait néanmoins qu'on s'y intéresse davantage étant donné le nombre important

de patients paraphiles identifiés comme également addicts sexuels (9). Pour certains auteurs, cette comorbidité addictive sexuelle serait même une des raisons du risque de récurrence chez les paraphiles (148).



## VI. Bibliographie

1. Langis P, Germain B. La sexualité humaine. (De Boeck).
2. OMS. Santé sexuelle [Internet]. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/health-systems-governance>
3. Debray Q, Sutter PD, Pham TH, Louville P. livre « L'addiction sexuelle » idées reçues sur une souffrance méconnue. (Le cavalier bleu).
4. Lagadec M. L'addiction sexuelle : quelles stratégies thérapeutiques ? Psychotropes. 2016;Vol. 22(3):11-27.
5. Poudat F-X, Lagadec M. Cybersexualité addictive et thérapie comportementale et cognitive. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. 1 sept 2017;27(3):138-46.
6. Reynaud M, Karila Laurent, Aubin H-J, Benyamina A. Traité d'addictologie. In: Traité d'addictologie, 2e édition, Paris, Lavoisier Médecine-Sciences Flammarion, 2016. Lavoisier.
7. Garcia FD, Thibaut F. Sexual addictions. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. août 2010;36(5):254-60.
8. Karila L, Wéry A, Weinstein A, Cottencin O, Petit A, Reynaud M, et al. Sexual addiction or hypersexual disorder: different terms for the same problem? A review of the literature. Curr Pharm Des. 2014;20(25):4012-20.
9. Malandain L, Blanc J-V, Ferreri F, Thibaut F. Pharmacotherapy of Sexual Addiction. Curr Psychiatry Rep. 7 mai 2020;22(6):30.
10. Ascher MS, Levounis P. Les addictions comportementales, Le guide du clinicien. Elsevier Masson.
11. Codina I. Qu'en est-il de la cyberaddiction sexuelle ? Psychotropes. 2013;Vol. 19(3):123-48.
12. Allen C. Textbook of Psychosexual Disorders. Oxford University Press. London, New York: Oxford University Press; 1969. 486 p.
13. Ellis A, Sagarin E. Nymphomania: a study of the oversexed woman. 1965.
14. Stoller RJ. Perversion: The Erotic Form of Hatred. 1st edition. London: Routledge; 1975. 240 p.
15. Orford J. Hypersexuality: implications for a theory of dependence. Br J Addict Alcohol Other Drugs. sept 1978;73(3):299-210.
16. Goodman A. Addiction: definition and implications. Br J Addict. nov 1990;85(11):1403-8.
17. Goodman A. Sexual addiction: designation and treatment. J Sex Marital Ther. 1992;18(4):303-14.
18. Carnes PJ. Don't Call It Love: Recovery from Sexual Addiction. New York: Bantam Dell Pub Group; 1991. 439 p.

19. Barth RJ, Kinder BN. The mislabeling of sexual impulsivity. *J Sex Marital Ther.* 1987;13(1):15-23.
20. Mick TM, Hollander E. Impulsive-Compulsive Sexual Behavior. *CNS Spectrums.* déc 2006;11(12):944-55.
21. Estellon V. Approche psychodynamique des addictions sexuelles. *Psychotropes.* 2016;Vol. 22(3):29-46.
22. Kinsey AC, Pomeroy WR, Martin CE. Sexual behavior in the human male. 1948. *Am J Public Health.* juin 2003;93(6):894-8.
23. Kafka MP. Hypersexual desire in males: an operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Arch Sex Behav.* oct 1997;26(5):505-26.
24. Kafka MP. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav.* avr 2010;39(2):377-400.
25. Petry NM, Rehbein F, Gentile DA, Lemmens JS, Rumpf H-J, Mößle T, et al. An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach. *Addiction.* sept 2014;109(9):1399-406.
26. ICD-10 Version:2019 [Internet]. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
27. ICD-11 - ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
28. Fuss J, Lemay K, Stein DJ, Briken P, Jakob R, Reed GM, et al. Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry.* juin 2019;18(2):233-5.
29. Grubbs JB, Hoagland KC, Lee BN, Grant JT, Davison P, Reid RC, et al. Sexual addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clinical Psychology Review.* 1 déc 2020;82:101925.
30. Black DW. The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior. *CNS Spectr.* janv 2000;5(1):26-72.
31. Krueger RB, Kaplan MS. The paraphilic and hypersexual disorders: an overview. *J Psychiatr Pract.* nov 2001;7(6):391-403.
32. Kuzma JM, Black DW. Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatr Clin North Am.* déc 2008;31(4):603-11.
33. Marshall LE, Marshall WL. Sexual Addiction in Incarcerated Sexual Offenders. *Sexual Addiction & Compulsivity.* 1 déc 2006;13(4):377-90.
34. Thibaut F. *Addiction sexuelle : définition, caractéristiques cliniques, causes neurologiques et options thérapeutiques.* 2017.

35. Garcia FD, Assumpção AA, Malloy-diniz L, Freitas AACD, Delavenne H, Thibaut F. A Comprehensive Review of Psychotherapeutic Treatment of Sexual Addiction. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*. 2 janv 2016;11(1):59-71.
36. Owens EW, Behun RJ, Manning JC, Reid RC. The impact of internet pornography on adolescents: A review of the research. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2012;19(1-2):99-122.
37. Lagadec M, Karila L. Chapitre 17. Les addictions sexuelles. Dunod; 2014.
38. Carnes PJ. Sexual addiction and compulsion: recognition, treatment, and recovery. *CNS Spectr*. oct 2000;5(10):63-72.
39. Karila L, Hermand M, Coscas S, Benyamina A. Addictions sexuelles, trouble hypersexualité, comportements sexuels compulsifs. Un état des lieux. *Alcoologie et Addictologie*. 22 mars 2019;41(1):39-45.
40. Di Chiara G, Imperato A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proc Natl Acad Sci USA*. juill 1988;85(14):5274-8.
41. Goodman A. Neurobiology of addiction. An integrative review. *Biochem Pharmacol*. 1 janv 2008;75(1):266-322.
42. Wainberg ML, Muench F, Morgenstern J, Hollander E, Irwin TW, Parsons JT, et al. A double-blind study of citalopram versus placebo in the treatment of compulsive sexual behaviors in gay and bisexual men. *J Clin Psychiatry*. déc 2006;67(12):1968-73.
43. Chatzittofis A, Arver S, Öberg K, Hallberg J, Nordström P, Jokinen J. HPA axis dysregulation in men with hypersexual disorder. *Psychoneuroendocrinology*. janv 2016;63:247-53.
44. Voon V, Mole TB, Banca P, Porter L, Morris L, Mitchell S, et al. Neural Correlates of Sexual Cue Reactivity in Individuals with and without Compulsive Sexual Behaviours. *PLOS ONE*. 11 juill 2014;9(7):e102419.
45. Hamann S, Herman RA, Nolan CL, Wallen K. Men and women differ in amygdala response to visual sexual stimuli. *Nat Neurosci*. avr 2004;7(4):411-6.
46. Kühn S, Gallinat J. A quantitative meta-analysis on cue-induced male sexual arousal. *J Sex Med*. août 2011;8(8):2269-75.
47. Seok J-W, Sohn J-H. Neural Substrates of Sexual Desire in Individuals with Problematic Hypersexual Behavior. *Front Behav Neurosci*. 2015;9:321.
48. Kühn S, Gallinat J. Neurobiological Basis of Hypersexuality. *Int Rev Neurobiol*. 2016;129:67-83.
49. Karama S, Lecours AR, Leroux J-M, Bourgouin P, Beaudoin G, Joubert S, et al. Areas of brain activation in males and females during viewing of erotic film excerpts. *Hum Brain Mapp*. mai 2002;16(1):1-13.
50. Coleman E, Raymond N, McBean A. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minn Med*. juill 2003;86(7):42-7.

51. Wéry A, Karila L, De Sutter P, Billieux J. Conceptualisation, évaluation et traitement de la dépendance cybersexuelle : Une revue de la littérature. *Canadian Psychology*. 1 nov 2014;55:266-81.
52. Carnes P. Sexual addiction screening test. *Tenn Nurse*. 1991b-06;54(3):29.
53. Karila L, Wery A. Addiction sexuelle ou hypersexualité : 2 termes différents pour une même pathologie ? *European Psychiatry*. 1 nov 2014;29(8):537-8.
54. Carnes P, Green B, Carnes S. The same yet different: Refocusing the sexual addiction screening test (SAST) to reflect orientation and gender. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2010;17(1):7-30.
55. Massonnat-Modolo I, Chevalier A, Chollier M. Exploration de la dimension d'addiction sexuelle dans une population d'HSH en consultation de dépistage IST/VIH. *Sexologies*. 1 juill 2020;29(3):146-53.
56. Hegbe KG, Courtois R, Brunault P, Reveillere C, Barrault S. Validation de la version française du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr). *L'Encéphale*. 1 oct 2020;46(5):334-9.
57. Carnes PJ, Green BA, Merlo LJ, Polles A, Carnes S, Gold MS. PATHOS: a brief screening application for assessing sexual addiction. *J Addict Med*. mars 2012;6(1):29-34.
58. Kalichman SC, Johnson JR, Adair V, Rompa D, Multhauf K, Kelly JA. Sexual sensation seeking: scale development and predicting AIDS-risk behavior among homosexually active men. *J Pers Assess*. juin 1994;62(3):385-97.
59. Bancroft J. Sexual behavior that is « out of control »: a theoretical conceptual approach. *Psychiatr Clin North Am*. déc 2008;31(4):593-601.
60. Wéry A, Vogelaere K, Challet-Bouju G, Poudat F-X, Caillon J, Lever D, et al. Characteristics of self-identified sexual addicts in a behavioral addiction outpatient clinic. *J Behav Addict*. 2016a-12;5(4):623-30.
61. Daneback K, Cooper A, Månsson S-A. An Internet Study of Cybersex Participants. *Arch Sex Behav*. 1 juin 2005;34(3):321-8.
62. Cooper A, Månsson SA, Daneback K, Tikkanen R, Ross MW. Predicting the future of Internet sex: Online sexual activities in Sweden. *Sexual and marital therapy : journal of the Association of Sexual and Marital Therapists*. août 2003;18(3):277-91.
63. Weinstein AM, Zolek R, Babkin A, Cohen K, Lejoyeux M. Factors Predicting Cybersex Use and Difficulties in Forming Intimate Relationships among Male and Female Users of Cybersex. *Front Psychiatry*. 2015;0.
64. Reed RC, Blaine DA. Sexual addictions. *Holist Nurs Pract*. août 1988;2(4):75-83.
65. Cismaru Inescu A, Andriane R, Triffaux F, Triffaux J-M. L'addiction au sexe, ça se soigne ? *Revue Médicale de Liège*. 2013;68.
66. Karila L, Zarmdini R, Lagadec M, Petit A, Coscas S. Addiction sexuelle. *EMC Psychiatrie*. 2014;(11-févr(37-396-A-21)):1-7.

67. Association AP. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015. 1275 p.
68. Bowlby J. Attachement et perte : Volume 1, L'attachement. Presses Universitaires de France - PUF; 1969. 540 p.
69. Cornet J-P, Mormont C. Représentations parentales et styles d'attachement dans une population de sujets délinquants sexuels. *Forensic*. juin 2005;(N° 21):6-24.
70. Ainsworth MD, Blehar M, Waters E, Wall SN. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. New York; London: Routledge; 1978.
71. Weinstein A, Katz L, Eberhardt H, Cohen K, Lejoyeux M. Sexual compulsion--relationship with sex, attachment and sexual orientation. *J Behav Addict*. mars 2015;4(1):22-6.
72. Bowlby J. A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. In 1988.
73. Meyer B, Pilkonis PA. An Attachment Model of Personality Disorders. In: Major theories of personality disorder, 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2005. p. 231-81.
74. Martinson FM. The Sexual Life of Children. Westport, Conn: Praeger; 1994. 168 p.
75. de Graaf H, Rademakers J. Sexual Development of Prepubertal Children. *Journal of Psychology & Human Sexuality*. 24 juill 2006;18(1):1-21.
76. Wunsch S. Principaux facteurs, contextes et variations du développement sexuel humain. Une synthèse transculturelle et transdisciplinaire. 2e partie : modélisation. *Sexologies*. 1 nov 2016;25(4):141-52.
77. Stoller RJ. Masculin ou féminin ? Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1989. 368 p.
78. de Graaf H, Rademakers J. The Psychological Measurement of Childhood Sexual Development in Western Societies: Methodological Challenges. *The Journal of Sex Research*. 28 févr 2011;48(2-3):118-29.
79. Dufour C, Tougas A-M, Tourigny M, Paquette G, Hélie S. Profil psychosocial des enfants présentant des comportements sexuels problématiques dans les services québécois de protection de l'enfance. *cswr*. 2017;34(1):23-45.
80. Chaffin M, Berliner L, Block R, Johnson TC, Friedrich WN, Louis DG, et al. Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. *Child Maltreat*. 1 mai 2008;13(2):199-218.
81. Gagnon M, Tremblay C, Bégin H. Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : évolution comportementale, affective et sociale. *Santé mentale au Québec*. 1 janv 2005;30.
82. Friedrich WN, Davies WH, Feher E, Wright J. Sexual behavior problems in preteen children: developmental, ecological, and behavioral correlates. *Ann N Y Acad Sci*. juin 2003;989:95-104; discussion 144-153.

83. Carnes P, Delmonico DL. Childhood abuse and multiple addictions: Research findings in a sample of self-identified sexual addicts. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 1 juill 1996;3(3):258-68.
84. Nickell AD, Waudby CJ, Trull TJ. Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *J Pers Disord*. avr 2002;16(2):148-59.
85. Romo L, Kern L. 32. Troubles de la personnalité, addictions sans substances et troubles des conduites alimentaires. Lavoisier; 2013.
86. Bartholomew K, Allison CJ. An Attachment Perspective on Abusive Dynamics in Intimate Relationships. In: *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2006. p. 102-27.
87. Black DW, Kehrberg LL, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry*. févr 1997;154(2):243-9.
88. Quignard P. *Le sexe et l'effroi*. Gallimard. 1994.
89. Di Folco P. *Dictionnaire de la pornographie*. Puf.
90. Trachman M. *Le travail pornographique*. La découverte. 2013. (Genre et sexualité).
91. Guyénot L. *Le livre noir de l'industrie rose : de la pornographie à la criminalité sexuelle*. In.
92. Carnes P. Cybersex, Courtship, and Escalating Arousal: Factors in Addictive Sexual Desire. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 1 janv 2001;8:45-78.
93. Döring NM. The Internet's impact on sexuality: A critical review of 15years of research. *Computers in Human Behavior*. sept 2009;25(5):1089-101.
94. Poulin R. *Sexualisation précoce et pornographie*. La Dispute.
95. Young KS. Internet Sex Addiction: Risk Factors, Stages of Development, and Treatment. *American Behavioral Scientist*. 1 sept 2008;52(1):21-37.
96. Cooper A. Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium. *CyberPsychology & Behavior*. 1998;1(2):187-93.
97. Young K, Griffinshelley E, Cooper A, O'mara J, Buchanan J. Online infidelity: A new dimension in couple relationships with implications for evaluation and treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*. 1 janv 2000;7:59-74.
98. Joignot F. Gang Bang. In: *Gang bang, Enquête sur la pornographie de la démolition*. du SEUIL.
99. Vaillancourt-Morel M-P, Blais-Lecours S, Labadie C, Bergeron S, Sabourin S, Godbout N. Profiles of Cyberpornography Use and Sexual Well-Being in Adults. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 déc 2016;14.
100. Stack S, Wasserman I, Kern R. Adult Social Bonds and Use of Internet Pornography\*. *Social Science Quarterly*. 2004;85(1):75-88.

101. Spira A, Bajos N. Les comportements sexuels en France. 1993. (La Documentation Française).
102. Park BY, Wilson G, Berger J, Christman M, Reina B, Bishop F, et al. Is Internet Pornography Causing Sexual Dysfunctions? A Review with Clinical Reports. *Behav Sci (Basel)*. 5 août 2016;6(3):E17.
103. Wright PJ. U.S. males and pornography, 1973-2010: consumption, predictors, correlates. *J Sex Res*. 2013;50(1):60-71.
104. de Alarcón R, de la Iglesia JI, Casado NM, Montejo AL. Online Porn Addiction: What We Know and What We Don't-A Systematic Review. *J Clin Med*. 15 janv 2019;8(1):E91.
105. Manning JC. The Impact of Internet Pornography on Marriage and the Family: A Review of the Research. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 1 sept 2006;13(2-3):131-65.
106. Philaretou AG, Mahfouz AY, Allen KR. Use of Internet pornography and men's well-being. *International Journal of Men's Health*. 2005;4(2):149-69.
107. Landripet I, Štulhofer A. Is Pornography Use Associated with Sexual Difficulties and Dysfunctions among Younger Heterosexual Men? *J Sex Med*. mai 2015;12(5):1136-9.
108. Albright JM. Sex in America online: an exploration of sex, marital status, and sexual identity in internet sex seeking and its impacts. *J Sex Res*. juin 2008;45(2):175-86.
109. Orzack MH, Voluse AC, Wolf D, Hennen J. An Ongoing Study of Group Treatment for Men Involved in Problematic Internet-Enabled Sexual Behavior. *CyberPsychology & Behavior*. 2006;9(3):348-60.
110. Kühn S, Gallinat J. Brain structure and functional connectivity associated with pornography consumption: the brain on porn. *JAMA Psychiatry*. 1 juill 2014;71(7):827-34.
111. Mechelmans DJ, Irvine M, Banca P, Porter L, Mitchell S, Mole TB, et al. Enhanced attentional bias towards sexually explicit cues in individuals with and without compulsive sexual behaviours. *PLoS One*. 2014;9(8):e105476.
112. Albery IP, Lowry J, Frings D, Johnson HL, Hogan C, Moss AC. Exploring the Relationship between Sexual Compulsivity and Attentional Bias to Sex-Related Words in a Cohort of Sexually Active Individuals. *Eur Addict Res*. 2017;23(1):1-6.
113. Banca P, Morris LS, Mitchell S, Harrison NA, Potenza MN, Voon V. Novelty, conditioning and attentional bias to sexual rewards. *J Psychiatr Res*. janv 2016;72:91-101.
114. Love T, Laier C, Brand M, Hatch L, Hajela R. Neuroscience of Internet Pornography Addiction: A Review and Update. *Behav Sci (Basel)*. 18 sept 2015;5(3):388-433.
115. Clark DB, Chung T, Thatcher DL, Pajtek S, Long EC. Psychological dysregulation, white matter disorganization and substance use disorders in adolescence. *Addiction*. 2012;107(1):206-14.
116. Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n = 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse*. oct 2002;14(4):349-66.

117. Starcevic V, Khazaal Y. Relationships between Behavioural Addictions and Psychiatric Disorders: What Is Known and What Is Yet to Be Learned? *Front Psychiatry*. 2017;8:53.
118. Raymond NC, Coleman E, Miner MH. Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Compr Psychiatry*. oct 2003;44(5):370-80.
119. Wéry A, Burnay J, Karila L, Billieux J. The Short French Internet Addiction Test Adapted to Online Sexual Activities: Validation and Links With Online Sexual Preferences and Addiction Symptoms. *J Sex Res*. août 2016;53(6):701-10.
120. Weatherburn P, Hickson F, Reid D, Torres-Rueda S, Bourne A. Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs ('chemsex') among gay men in South London: Findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*. 12 août 2016;93:sextrans-2016.
121. Grégoire M. Slam, chemsex et addiction sexuelle. *Psychotropes*. 2016;Vol. 22(3):83-96.
122. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. janv 2019;63:74-89.
123. Rosińska M, Gios L, Nöstlinger C, Vanden Berghe W, Marcus U, Schink S, et al. Prevalence of drug use during sex amongst MSM in Europe: Results from a multi-site bio-behavioural survey. *Int J Drug Policy*. mai 2018;55:231-41.
124. Klontz BT, Garos S, Klontz PT. The Effectiveness of Brief Multimodal Experiential Therapy in the Treatment of Sexual Addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 1 oct 2005;12(4):275-94.
125. Wan M, Finlayson R, Rowles A. Sexual Dependency Treatment Outcome Study. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*. 1 juill 2000;7:177-96.
126. Kafka MP, Prentky RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder in males with paraphilias and paraphilia-related disorders: a comorbidity study. *J Clin Psychiatry*. juill 1998;59(7):388-96; quiz 397.
127. Benyamina A. Pathologie duelle, actualités et perspectives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 oct 2018;176(8):742-5.
128. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. sept 1992;47(9):1102-14.
129. Poudat F-X, Lagadec M. Sexe sans contrôle: Surmonter l'addiction. Odile Jacob; 2017. 223 p.
130. Reid RC, Bramen JE, Anderson A, Cohen MS. Mindfulness, emotional dysregulation, impulsivity, and stress proneness among hypersexual patients. *J Clin Psychol*. avr 2014;70(4):313-21.
131. Dionne F, Blais M-C. Chapitre 1. Les thérapies comportementales et cognitives de troisième vague : conceptualisation et illustration à partir d'un cas clinique. De Boeck Supérieur; 2011.



132. Hayden D. Total Sex Addiction Recovery - a Guide to Therapy: A Guide to Therapy. Xlibris US; 2013. 108 p.
133. Spring JA, Spring M. After the Affair: Healing the Pain and Rebuilding Trust When a Partner Has Been Unfaithful. Abridged edition. New York: HarperAudio; 1996.
134. Kafka MP, Prentky R. A comparative study of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry*. oct 1992;53(10):345-50.
135. Stein DJ, Hollander E, Anthony DT, Schneier FR, Fallon BA, Liebowitz MR, et al. Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions, and paraphilias. *J Clin Psychiatry*. août 1992;53(8):267-71.
136. Fong TW, De La Garza R, Newton TF. A case report of topiramate in the treatment of nonparaphilic sexual addiction. *J Clin Psychopharmacol*. oct 2005;25(5):512-4.
137. Khazaal Y, Zullino DF. Topiramate in the treatment of compulsive sexual behavior: case report. *BMC Psychiatry*. 23 mai 2006;6:22.
138. Ryback RS. Naltrexone in the treatment of adolescent sexual offenders. *J Clin Psychiatry*. juill 2004;65(7):982-6.
139. Thibaut F. Approche psychiatrique des déviations sexuelles.
140. Danan M. Les paraphilies. Victime-Agresseur. Tome 2. Champ social; 2002.
141. Darcourt G. Troubles des conduites sexuelles. *ADSP Actualité et dossier en santé publique*. (96):54-5.
142. De Block A, Adriaens PR. Pathologizing sexual deviance: a history. *J Sex Res*. 2013;50(3-4):276-98.
143. Poudat F-X, Lopès P. Manuel de sexologie. 2ème édition. Elsevier Masson;
144. John Money. Lovemaps fantasmes sexes, « cartes » affectives et perversions. (Petite Bibliothèque Payot).
145. Giami A. Between DSM and ICD: Paraphilias and the Transformation of Sexual Norms. *Arch Sex Behav*. juill 2015;44(5):1127-38.
146. Glück N. Chapitre 44. Perversions sexuelles (paraphilies). Presses Universitaires de France; 2012.
147. Louchart S, Thibaut F. Diagnostic, investigations et prise en charge des hypersexualités pathologiques. Mise au point. 2000;5.
148. Blachère P, Cour F. Pratiques sexuelles déviantes, paraphilies, perversions. *Progrès en Urologie*. 1 juill 2013;23(9):793-803.
149. Thibaut F, Cosyns P, Fedoroff JP, Briken P, Goethals K, Bradford JMW, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2 juill 2020;21(6):412-90.

150. Blanchard R, Lykins AD, Wherrett D, Kuban ME, Cantor JM, Blak T, et al. Pedophilia, Hebephilia, and the DSM-V. *Arch Sex Behav.* 1 juin 2009;38(3):335-50.
151. Bajoux C. Le désir masculin en controverses. L'hébéphilie et le trouble paraphilique coercitif dans le DSM-5. *Genre, sexualité & société.* 1 juin 2019;(21).
152. Fedoroff JP, Marshall WL. Paraphilias. In: *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: Turning failure into success.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2010. p. 369-84.
153. Schulz P. Troubles paraphiliques. In: *Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10.* De Boeck. (Psychopaharmacologie clinique).
154. HCDH | Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants.
155. Pinte J-P. Les jeunes et le Dark Web. *Terminal Technologie de l'information, culture & société.* 31 déc 2018;(123).
156. Ikiz S. Les violences à l'encontre des femmes sur les réseaux sociaux. *Topique.* 9 juill 2018;n° 143(2):125-38.
157. Teillard-Dirat M. Chapitre 16. Vers une clinique de la cyber-pédopornographie. Dunod; 2016.
158. Vlachopoulou X, Missonnier S. Le passage à l'acte pédophile et les enjeux psychopathologiques du téléchargement : un virtuel protecteur ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 1 mars 2018;176(3):301-4.
159. Corriveau P. Les groupes de nouvelles à caractère pédopornographique : une sous-culture de la déviance. *Deviance et Societe.* 17 août 2010;Vol. 34(3):381-400.
160. Loonis E. Criminalité et délinquance sexuelles. 2014. (Nègrefont).
161. Schill, Comhaire, Hargreave. *Traité d'Andrologie à l'usage des cliniciens.* Springer. (GRA).
162. McPherson K, Herbert A, Judge A, Clarke A, Bridgman S, Maresh M, et al. Psychosexual health 5 years after hysterectomy: population-based comparison with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding. *Health Expect.* sept 2005;8(3):234-43.
163. van Anders SM, Hamilton LD, Schmidt N, Watson NV. Associations between testosterone secretion and sexual activity in women. *Hormones and Behavior.* 1 avr 2007;51(4):477-82.
164. Cour F, Droupy S, Faix A, Methorst C, Giuliano F. Anatomie et physiologie de la sexualité. *Progrès en Urologie.* 1 juill 2013;23(9):547-61.
165. Granata AR, Rochira V, Lerchl A, Marrama P, Carani C. Relationship between sleep-related erections and testosterone levels in men. *J Androl.* oct 1997;18(5):522-7.

166. Zitzmann M, Nieschlag E. Testosterone levels in healthy men and the relation to behavioural and physical characteristics: facts and constructs. *Eur J Endocrinol.* mars 2001;144(3):183-97.
167. Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry.* nov 2000;57(11):1012-30.
168. Hellhammer DH, Hubert W, Schürmeyer T. Changes in saliva testosterone after psychological stimulation in men. *Psychoneuroendocrinology.* 1985;10(1):77-81.
169. Bancroft J, Wu FC. Changes in erectile responsiveness during androgen replacement therapy. *Arch Sex Behav.* févr 1983;12(1):59-66.
170. Carani C, Bancroft J, Granata A, Del Rio G, Marrama P. Testosterone and erectile function, nocturnal penile tumescence and rigidity, and erectile response to visual erotic stimuli in hypogonadal and eugonadal men. *Psychoneuroendocrinology.* nov 1992;17(6):647-54.
171. Campbell A, Muncer S, Odber J. Aggression and testosterone: Testing a bio-social model. *Aggressive Behavior.* 1997;23(4):229-38.
172. Aromäki AS, Lindman RE, Eriksson CJP. Testosterone, sexuality and antisocial personality in rapists and child molesters: a pilot study. *Psychiatry Res.* 31 juill 2002;110(3):239-47.
173. Mazur A. A Biosocial Model of Status in Face-to-Face Primate Groups\*. *Social Forces.* 1 déc 1985;64(2):377-402.
174. O'Connor DB, Archer J, Wu FCW. Effects of testosterone on mood, aggression, and sexual behavior in young men: a double-blind, placebo-controlled, cross-over study. *J Clin Endocrinol Metab.* juin 2004;89(6):2837-45.
175. Bourin M. Bases psychopharmacologiques des conduites sexuelles. 1998;12:3.
176. Bancroft J. Biological factors in human sexuality. *The Journal of Sex Research.* 1 févr 2002;39(1):15-21.
177. Pfaus JG, Scepkowski LA. The biologic basis for libido. *Current Sexual Health Reports.* 1 déc 2005;2(2):95-100.
178. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 3:10-21.
179. Goyette M, Flores-Aranda J. Consommation de substances psychoactives et sexualité chez les jeunes : une vision globale de la sphère sexuelle. *dss.* 2015;14(1):171-95.
180. Ahlskog JE. Pathological behaviors provoked by dopamine agonist therapy of Parkinson's disease. *Physiol Behav.* 25 juill 2011;104(1):168-72.
181. M. Saleh F, Grudzinkas AJ, Bradford J, Brodsky DJ. *Sex Offenders: Identification, Risk Assessment, Treatment, and Legal Issues.* Oxford University Press; 2009. 476 p.

182. Denys P, Soler J-M, Giuliano F. Sexualité du patient neurologique. *Progrès en Urologie*. 1 juill 2013;23(9):712-7.
183. Blachère P. Chapitre 14. Évaluation sexologique de l'auteur d'infraction à caractère sexuel. Dunod; 2016.
184. Seto MC, Lalumière ML. A Brief Screening Scale to Identify Pedophilic Interests Among Child Molesters. *Sex Abuse*. 1 janv 2001;13(1):15-25.
185. Seto MC, Stephens S, Lalumière ML, Cantor JM. The Revised Screening Scale for Pedophilic Interests (SSPI-2): Development and Criterion-Related Validation. *Sex Abuse*. 1 oct 2017;29(7):619-35.
186. Delavenne H, D FG, Lamy S, Thibaut F. Quelle prise en charge thérapeutique pour les patients paraphiles auteurs de violence sexuelle ? *PSN*. 2 avr 2014;Volume 12(1):15-29.
187. Vanderstukken O, Pham TH, Menghini M, Willocq L. Chapitre 6. Évaluation du déni, des distorsions cognitives et de l'empathie. Mardaga; 2006.
188. Stoléru S, Moulier V, Fonteille V. Development and Preliminary Validation of the Pedophilic Fantasies, Desires, and Activities Questionnaire. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 1 août 2020;64(10-11):1134-55.
189. Zuckerman M. Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. New York, NY, US: Cambridge University Press; 1994. xiv, 463 p. (Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking).
190. Marshall WL, Marshall LE, Sachdev S, Kruger R-L. Distorted Attitudes and Perceptions, and Their Relationship with Self-Esteem and Coping in Child Molesters. *Sex Abuse*. 1 juill 2003;15(3):171-81.
191. Versaevel C. La dépendance affective et la psychiatrie : une mésentente. *Encephale*. févr 2011;37(1):25-32.
192. Morellini A. Addictions sexuelles : où commence la pathologie ? *Perspectives Psy*. 2008;Vol. 47(1):38-44.
193. Dhuffar MK, Griffiths MD. PO-11: Understanding the role of shame and its consequences in female hypersexual behaviours: A pilot study. *Journal of Behavioral Addictions*. 1 mars 2015;4(S1):50-1.
194. Skanavi S, Laqueille X, Aubin H-J. [Mindfulness based interventions for addictive disorders: a review]. *Encephale*. 1 oct 2011;37(5):379-87.
195. Labelle R, Janelle A. La thérapie comportementale dialectique de l'adolescent borderline et suicidaire. *Perspectives Psy*. 23 nov 2012;Vol. 51(4):374-85.
196. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. juill 2006;63(7):757-66.
197. Metura M. 15. Psychomotricité et troubles alimentaires. Lavoisier; 2016.

198. Hald GM. Gender differences in pornography consumption among young heterosexual Danish adults. *Arch Sex Behav.* oct 2006;35(5):577-85.
199. Allen M, D'Alessio D, Emmers-Sommer TM. Reactions of Criminal Sexual Offenders to Pornography: A Meta-Analytic Summary. *Annals of the International Communication Association.* 1 janv 1999;22(1):139-69.
200. Puglia R, Glowacz F. Consommation de pornographie à l'adolescence : quelles représentations de la sexualité et de la pornographie, pour quelle sexualité ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 1 juin 2015;63(4):231-7.
201. Awan HA, Aamir A, Diwan MN, Ullah I, Pereira-Sanchez V, Ramalho R, et al. Internet and Pornography Use During the COVID-19 Pandemic: Presumed Impact and What Can Be Done. *Front Psychiatry.* 2021;12:623508.
202. Je Protège Mon Enfant [Internet]. Je Protège Mon Enfant. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: <https://jeprotegemonenfant.gouv.fr/>

## VII. Annexes

### Annexe 1 : Les critères du trouble addictif selon Goodman en 1990

- A. Impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement
- B. Tension croissante avant d'initier le comportement
- C. Plaisir ou soulagement au moment de l'action
- D. Perte du contrôle en débutant le comportement
- E. Présence d'au moins 5 des 9 critères suivants :
  - 1. Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci
  - 2. Engagement plus intense ou plus long que prévu dans le comportement
  - 3. Efforts répétés pour réduire ou arrêter
  - 4. Temps considérable passé à réaliser le comportement
  - 5. Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement
  - 6. L'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles
  - 7. Poursuite malgré les problèmes sociaux
  - 8. Tolérance marquée
  - 9. Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement
- F. Plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période

## **Annexe 2 : Les critères de l'addiction sexuelle selon Carnes en 1992**

- 1) Comportements sexuels non contrôlés
- 2) Incapacité de stopper le comportement sexuel problématique
- 3) Recherche incessante de conduites sexuelles à risque (par exemple des relations sexuelles non protégées)
- 4) Efforts ou désirs infructueux pour limiter le comportement sexuel
- 5) Utilisation du comportement sexuel comme stratégie d'adaptation principale (régulation des affects)
- 6) Phénomène de tolérance (augmentation de la quantité de comportements sexuels pour atteindre le niveau de satisfaction désiré)
- 7) Changements émotionnels importants associés à l'activité sexuelle
- 8) Temps excessif consacré à la recherche et à la préparation des conduites sexuelles
- 9) Temps excessif consacré aux expériences sexuelles
- 10) Impact négatif sur le plan social, physique et psychologique

### **Annexe 3 : Les critères de l'addiction sexuelle selon Kafka en 2010**

A. Au cours d'une période d'au moins six mois, de façon intense et récurrente, des fantasmes, des impulsions et des comportements sexuels, avec au moins trois des cinq critères suivants :

A1. Le temps consacré aux fantasmes, impulsions, et comportements sexuels interfère de façon répétitive avec des buts, des activités et des engagements de nature non sexuelle

A2. La pratique répétée des fantasmes, impulsions et comportements sexuels est une réponse à un état d'humeur dysphorique (exemple : anxiété, dépression, ennui, nervosité)

A3. La pratique répétée des fantasmes, impulsions et comportements sexuels est une réponse à des événements de vie angoissants

A4. Il existe des efforts répétés mais infructueux pour contrôler ou réduire de façon significative les fantasmes, impulsions et comportements sexuels

A5. La pratique répétée des comportements sexuels s'accomplit sans tenir compte des conséquences néfastes, physiques ou affectives, envers soi-même et envers les autres

B. Il existe un désarroi personnel et une détérioration des domaines social et professionnel, ou d'autres domaines importants de l'existence, en relation avec la pratique répétée des fantasmes, des impulsions et des comportements sexuels

C. Ces fantasmes, impulsions et comportements sexuels ne sont pas la conséquence physiologique directe d'une substance exogène (par exemple : l'usage d'une drogue ou d'un médicament)



## **Annexe 4 : Sexual Addiction Screening Test-Français ou Test de dépistage d'addiction sexuelle de Carnes**

Veillez répondre par **Oui** ou par **Non** le plus sincèrement possible aux questions suivantes :

1. Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence?
2. Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des magazines sexuellement explicites comme Playboy ou Penthouse ?
3. Vos parents avaient-ils des troubles des conduites sexuelles ?
4. Etes-vous souvent préoccupé par des pensées sexuelles ?
5. Avez-vous le sentiment que votre comportement sexuel n'est pas normal ?
6. Est-ce que votre conjoint(e) ou d'autres personnes importantes de votre vie se sont déjà inquiétées ou plaintes de votre comportement sexuel ?
7. Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous savez qu'il est inapproprié ?
8. Vous sentez-vous mal à propos de votre comportement sexuel ?
9. Votre comportement sexuel a-t-il déjà créé des problèmes pour vous ou votre famille ?
10. Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ?
11. Avez-vous déjà craint que des personnes ne découvrent vos activités sexuelles ?
12. Est-ce que quelqu'un a été émotionnellement blessé par vos pratiques sexuelles ?
13. Certaines de vos activités sont-elles hors-la-loi ?
14. Vous êtes-vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de vos comportements sexuels ?
15. Avez-vous fait des efforts pour abandonner un certain type d'activité sexuelle et échoué ?
16. Devez-vous cacher une partie de votre comportement sexuel aux autres ?
17. Avez-vous essayé d'arrêter certaines de vos activités sexuelles ?
18. Vous êtes-vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel ?

19. Le sexe a-t-il été un moyen pour vous d'échapper à vos problèmes ?
20. Quand vous avez un rapport sexuel, vous sentez-vous déprimé après ?
21. Avez-vous ressenti le besoin d'interrompre une certaine forme d'activité sexuelle ?
22. Votre activité sexuelle a-t-elle interféré avec votre vie familiale ?
23. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec des mineurs ?
24. Vous sentez-vous contrôlé par votre désir sexuel ?
25. Pensez-vous que votre désir sexuel est plus fort que vous ?

## **Annexe 5 : Algorithmme de prise en charge pharmacologique des troubles paraphiliques selon la WFSBP**

Level of severity	Treatment
<p><b>Level 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aim: control of paraphilic sexual fantasies, compulsions, and behaviours without impact on conventional sexual activity and on sexual desire. May be used in cases of voyeurism, fetishism, frotteurism disorders without any risk of rape or child abuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychotherapy (preferentially Cognitive Behavioral Therapy (<b>CBT</b>) if available (Level C/D), no level of evidence for other forms of psychotherapy</li> </ul>
<p><b>Level 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aim: control of paraphilic sexual fantasies, compulsions, and behaviours with minor impact on conventional sexual activity and on sexual desire</li> <li>- May be used in all mild cases hands-off paraphilic disorders with low risk of sexual violence, i.e. exhibitionism disorder without any risk of rape or child abuse</li> <li>- No satisfactory results at level 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychotherapy (preferentially CBT if available (Level C/D), no level of evidence for other forms of psychotherapy)</li> <li>- Selective Serotonine Reuptake Inhibitors (<b>SSRIs</b>): increase the dosage at the same level as prescribed in OCD (e.g. fluoxetine 40–60 mg/d or sertraline 200 mg/d) (Level C) Onset of efficacy: 1–3 months Efficacy: 70% if no sexual violence</li> </ul>
<p><b>Level 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aim: control of paraphilic sexual fantasies, compulsions, and behaviours with a substantial reduction of sexual activity and desire</li> <li>- Moderate risk of sexual violence (intellectual disability, neurological comorbid disorders such as dementia)</li> <li>- No sexual sadism fantasies and/or behaviour (if present: go to level 4)</li> <li>- Compliant patient, if not: use i.m. formulation or go to level 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychotherapy (preferentially CBT if available (Level C/D), no level of evidence for other forms of psychotherapy)</li> <li>- Cyproterone Acetate (<b>CPA</b>) : oral, 50–200 mg/d (maximum 300) or i.m., 200–400 mg once weekly and then every 2–4 weeks (Level C);</li> <li>- or Medroxyprogesterone Acetate (<b>MPA</b>): oral, 50–400 mg/d or i.m., 400 mg weekly and then monthly if CPA is not available (Level C) No markers of compliance if oral form</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- If CPA and/or MPA are not available in your country or if there are associated with severe side effects, skip level 3 and go to level 4</li> <li>- No satisfactory results at level 2</li> </ul>	<p>Efficacy 80–90% (mean recidivism rate: 6%)</p> <p>Onset of efficacy: 1–3 months</p> <p>If co-morbidity with anxiety, depressive or obsessive-compulsive symptoms, SSRIs may be associated with CPA</p>
<p><b>Level 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aim: control of paraphilic sexual fantasies, compulsions, and behaviours with almost complete suppression of sexual desire and activity</li> <li>- Moderately high to high risk of sexual violence and severe paraphilic disorders</li> <li>- Paedophilic disorder or sexual sadism fantasies and/or behaviour or physical violence</li> <li>- No compliance or no satisfactory results at level 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychotherapy (preferentially CBT if available (Level C/D), no level of evidence for other forms of psychotherapy)</li> <li>- Long-acting <b>GnRH agonists</b>, i.e. triptorelin or leuprolide acetate 3 (or 3.75) mg/month or 11.25 mg i.m. every 3 months (Level B/C) Efficacy &gt; 90% (recidivism rate &lt; 5%) Onset of efficacy: 1–3 months Testosterone levels measurements may be easily used to control GnRH agonist treatment compliance if necessary CPA must be associated with GnRH agonists (one week before and during the first month of GnRH agonists) to prevent a flare-up effect and to control the relapse risk of paraphilic sexual behaviour associated with this flare up effect</li> </ul>
<p><b>Level 5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aim: control of paraphilic sexual fantasies, compulsions, and behaviours with complete suppression of sexual desire and activity</li> <li>- Most severe paraphilic disorders (catastrophic cases)</li> <li>- No satisfactory results at level 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychotherapy (preferentially CBT if available (Level C/D), no level of evidence for other forms of psychotherapy).</li> <li>- <b>In addition to GnRH agonists:</b> <b>Use antiandrogen treatment</b>, i.e.: CPA: oral, 50–200 mg/d (maximum 300) or i.m. 200–400 mg once weekly and then every 2–4 weeks; or MPA: 50–400 mg/d or 400 mg i.m. weekly and then monthly if CPA is not available (no level of evidence) <b>SSRIs may also be added</b> (no level of evidence)</li> </ul>

**AUTEURE : Nom : MARTINAGE**

**Prénom : Tiphaine**

**Date de soutenance : 13 octobre 2021**

**Titre de la thèse : De l'addiction sexuelle à la paraphilie : présentation de cas**

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement : Psychiatrie**

**DES + spécialité : Psychiatrie**

**Mots-clés :** Addiction sexuelle, paraphilie, trouble paraphilique, trouble de personnalité, pornographie

**Résumé :**

**Introduction :** Le comportement sexuel excessif est défini selon plusieurs modèles dont celui des addictions. Sa définition fait toujours débat. L'addiction sexuelle entraîne des conséquences multiples sur l'individu au niveau de sa santé physique et mentale. Elle s'associe à de nombreuses comorbidités addictives. Il peut parfois y avoir des répercussions légales de cette addiction. A partir de là, une bascule vers la sexualité déviante ou paraphilie est possible. La littérature scientifique s'est peu intéressée jusqu'ici à la comorbidité entre l'addiction sexuelle et la paraphilie. Nous souhaitons explorer les facteurs qui font basculer certaines personnes souffrant d'addiction sexuelle vers la paraphilie. Les enjeux de cette problématique sont importants que ce que soit sur le plan légal ou thérapeutique.

**Méthodologie :** Nous présentons trois cas cliniques de patients souffrant d'addiction sexuelle, accompagnés d'une revue de la littérature (établie à partir de PubMed, Google Scholar, EM premium, Science Direct, Cairn et de la littérature externe).

**Cas clinique :** Madame J est à la recherche de partenaires sexuels multiples et débute un suivi avec un psychologue devant des troubles anxio-dépressifs. Les deux autres patients présentent une masturbation compulsive et un usage excessif de pornographie, avec en plus des rapports sexuels tarifés pour l'un d'entre eux. Ils sont soumis à une obligation de soins. Le test de dépistage d'addiction sexuelle de Carnes confirme le diagnostic d'addiction sexuelle chez les 3 patients. Un seul patient présente un trouble exhibitionniste comorbide de son addiction sexuelle.

**Conclusion :** Bien qu'il existe une limite floue entre le concept d'addiction sexuelle et celui de paraphilie. La présentation de ces 3 patients met en évidence que la présence de traits de personnalité pathologiques ou d'un usage excessif de pornographie chez des sujets addicts sexuels favorise la bascule vers la paraphilie. Par ailleurs, on fait le constat que les stimuli sexuels se retrouvent surreprésentés dans notre société et qu'ils constituent un facteur de vulnérabilité et de renforcement environnemental pour les sujets souffrant d'addiction sexuelle. Un travail de prévention est donc nécessaire afin de protéger la santé mentale et sexuelle de ce public fragile, mais également d'autres publics vulnérables, comme les enfants et les adolescents.

**Mots clés :** Addiction sexuelle, paraphilie, trouble paraphilique, trouble de personnalité, pornographie.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs : Docteure Caroline MEZERETTE**

**Directeur de thèse : Docteure Laura GUSSETTI**