

Quand sexualité ne rime plus avec plaisir

Travail de Bachelor

Da Silva Araujo Jessica

N° matricule 17594078

Hidalgo Mora Esteban

N° matricule 17594359

Miranda Vinhas Raphaël

N° matricule 17592783

Directeur : Cennamo Michael – Chargé de cours HES Filière Soins Infirmiers

Genève, Août 2020

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 22 juin 2020

Jessica Da Silva Araujo

Esteban Hidalgo Mora

Raphaël Miranda Vinhas

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes, famille, amis, proches qui nous ont aidés et soutenus durant notre travail, notamment Madame HIDALGO Natalia pour sa relecture.

Nous remercions Madame VAUCHER Vanessa pour ses réponses à nos nombreuses questions ainsi que ses précieux conseils.

Nous souhaitons aussi remercier Madame SÉCHAUD Laurence pour ses conseils relatifs aux bases de données qui nous ont permis de réaliser une meilleure sélection d'articles.

Nos remerciements vont également à Madame FAVRE Sandrine qui nous a orientés sur notre ancrage théorique.

Enfin, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance et remercier Monsieur CENNAMO Michael, notre directeur de Bachelor, pour son implication tout au long de notre travail.

RÉSUMÉ

Le sujet de notre travail est d'identifier le rôle propre de l'infirmière, en fonction de la théorie sur les approches comportementales de Dorothy Johnson, afin de comprendre et apporter un accompagnement de qualité à une personne souffrant d'addiction sexuelle. Ce travail est basé sur une revue non exhaustive de la littérature.

Il est mis en évidence, selon les auteurs, que les individus souffrant d'addiction sexuelle n'ont pas la même vision de leur sexualité que d'autres personnes dites « ordinaires ». L'accompagnement infirmier pour ce type d'addictions n'est pas encore très étudié/recherché.

De plus, en fonction de l'environnement, de la sexualité et des nécessités en termes d'intimité, l'accompagnement peut être variable selon les individus. Chaque individu est unique, c'est pourquoi l'accompagnement doit être spécifique et adapté à la personne qui est en face de nous, sans porter de jugement.

Pendant l'élaboration de ce travail, nous avons rencontré diverses limites à la rédaction de cette revue littéraire. Cependant, nous nous sommes efforcés de combiner la dimension de la sexualité avec les soins infirmiers dans le but d'obtenir une prise en soins des addictions sexuelles sans tabou.

Mots-clés

Personnes souffrant de comportements sexuels compulsifs

Interventions infirmières ou interventions en soins infirmiers

Accompagnement intégratif de qualité

ABSTRACT

The subject of our work is to identify the proper role of the nurse, based on Dorothy Johnson's theory on behavioural approaches, in order to understand and provide quality support to a person suffering from sexual addiction. This work is based on a non-exhaustive review of the literature.

According to the authors, it is highlighted that individuals suffering from sexual addiction do not have the same vision of their sexuality as other so-called "ordinary" people. Nursing support for this type of addiction is not yet very well studied/researched. However, depending on the environment, the sexuality and the needs in terms of intimacy, support can vary from one individual to another. Each person is unique, which is why accompaniment must be unique and adapted to the person in front of us, without passing judgment.

During the preparation of this work, we encountered various limitations. However, we combined the dimension of sexuality with nursing care in order to achieve care for sexual addictions without taboos.

Key words

Sexuality, Impulsive behavior, compulsive behavior

Nursing care, nurse

Social support

LISTE DES ABRÉVIATIONS

A

AFM : Analyse Factorielle Multigroupe

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

C

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies 10

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies 11

CSC : Comportement Sexuel Compulsif

D

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

G

GC : Groupe Comportemental

H

HSH : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

HUG : Hôpitaux Universitaire de Genève

I

IST : Infection Sexuellement Transmissible

L

LGBTIA : lesbiennes Gays Bisexuels Transgenres Intersexes Asexuels

O

OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

S

SSPT : Syndrome de Stress Post Traumatique

SAST : Sexual Addiction Screening Test

V

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humain

Table des matières

DÉCLARATION	1
Introduction	1
1. Santé sexuelle et besoin sexuel	1
1.1 Définition.....	1
2. Addictions sexuelles.....	4
2.1 Définition.....	4
2.2 Épidémiologie	9
2.3 Causes.....	11
2.4 Impacts et conséquences pour la personne et son entourage.....	12
2.5 Interculturalités	15
3. Accompagnement infirmier	17
3.1 Dépistage	20
3.2 Réseau de soins à Genève	20
4. Ancrage théorique	21
4.1 Discipline, écoles de pensées et paradigmes infirmiers.....	21
4.2 Présentation du modèle de Johnson.....	27
4.3 Méthodologie de la pratique de Johnson.....	29
4.4 Question de recherche finale.....	30
5. Méthode.....	32
5.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	32
5.2 Diagramme de flux.....	33
6. Résultats.....	34
6.1 Analyse des articles	34
6.2 Tableau comparatif	39
6.3 Tableau synoptique.....	48
7. Discussion.....	50
7.1 Synthèse de quatre thématiques	50
7.1.1 Les populations à risque	50
7.1.2 Les comportements	51
7.1.3 Les causes.....	52
7.1.4 Les conséquences	52
7.2 Réflexion et développement	53
7.2.1 Cadre théorique	53
7.2.2 Cadre pratique	57
7.3 Conclusion.....	60
7.4 Limites.....	61
7.5 Recommandations	62
7.5.1 Pour la recherche	62
7.5.2 Pour la formation	62
7.5.3 Pour la pratique	63
8. Bibliographie	65
9. Annexes.....	70

Introduction

Ce travail est une amorce de revue de littérature qui vise à couronner trois ans d'études en Bachelor Soins-Infirmiers. D'une part, ce travail s'intéresse aux comportements dits ou diagnostiqués comme addictions sexuelles et, d'autre part, il se focalise sur l'accompagnement que peuvent offrir les infirmières¹ aux personnes souffrant de ces troubles.

Ces personnes sont souvent incomprises, jugées et stigmatisées. De plus, lors de nos stages, nous avons demandé des pistes d'attitude à adopter ou tout simplement des comportements à mettre en place afin de comprendre et répondre à leurs besoins mais nous n'avons pas reçu de réponses adéquates. Cela s'explique, peut-être, par un manque de connaissance du monde des soins dans ce domaine. C'est pourquoi, cela nous a poussés à choisir cette thématique. En effet, nous aimerions approfondir nos connaissances sur ce sujet afin d'essayer de mieux comprendre ces comportements et finalement d'accompagner ces personnes de la manière la plus humaine et ciblée possible.

1. Santé sexuelle et besoin sexuel

1.1 Définition

Peu importe la nation dans laquelle l'on se trouve, le concept de la santé est une valeur à laquelle la société accorde de l'importance. Dans ce sens, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui est l'instance qui administre et coordonne la santé mondiale au sein du système des Nations Unies, a établi une définition de la santé sexuelle. D'après l'OMS (2019), la santé sexuelle ne se réduit pas uniquement à une pratique de reproduction mais participe également à une meilleure santé et à un meilleur bien-être, qu'il soit physique, psychique ou social.

Selon l'OMS (2019), la santé sexuelle implique d'avoir une approche constructive et respectueuse de sa sexualité. Comment peut-on expliquer le bien-être ? Que procure-t-il ? Le Larousse (2020), définit le bien-être comme un "état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit". Le bien-être ne peut être atteint que lorsque les relations sexuelles sont libres de toute contrainte, sans danger, sans discrimination ou violence, tant vis-à-vis d'autrui que de soi-même. Dans cet objectif d'acquisition et de

¹ Nous allons parler d'infirmière tout au long du travail, cependant ce terme englobe aussi les infirmiers

conservation d'une santé sexuelle optimale, l'OMS prône la nécessité de préserver, soutenir et protéger les droits sexuels des êtres humains.

Dans cette optique, Abraham Maslow a mis en évidence certains besoins de l'être humain qui, d'après lui, devraient être considérés comme « primaires et secondaires ». Ci-dessous, ces besoins représentés sous forme de pyramide illustrent comment la personne se réalise et s'accomplit au travers de différents besoins.



Tiré de : Le blog de Luc : La pyramide de Maslow.

Cette théorie de Abraham Maslow présume qu'il faut que certains besoins soient comblés afin d'atteindre le bien-être (Taormina & Gao, 2013).

Les **besoins physiologiques** sont l'envie de boire et de manger. Certaines molécules sont nécessaires telles que l'oxygène (Taormina & Gao, 2013). Maslow a aussi cité d'autres besoins tels que la température corporelle (hypothermie - hyperthermie). L'absence de ces besoins peut induire un stress psychologique ou la mort. Néanmoins, Maslow dit : l'amour n'est pas synonyme de sexe. Le sexe est considéré comme un besoin physiologique. Quand les besoins physiologiques et sécuritaires sont satisfaits, l'individu peut passer au niveau suivant de la hiérarchie, c'est-à-dire qu'il pourra prêter attention aux interactions avec d'autres individus (Taormina & Gao, 2013).

Les **besoins de sécurité** sont considérés comme des besoins basiques tout comme les besoins physiologiques. Les besoins de sécurité sont expliqués par Maslow (1943) cité par Taormina & Gao (2013) comme étant des réactions à des stimuli dangereux, un danger

relationnel (perdre le support d'un parent) ou être victime de violences. Afin de définir les besoins de sécurité, il est nécessaire d'identifier le type de danger qui peut induire un manque de sécurité. Plus les besoins physiologiques seront comblés, plus les besoins de sécurité seront satisfaits (Taormina & Gao, 2013).

Le **besoin d'appartenance**, selon Maslow (1987) cité par Taormina & Gao (2013), implique que quand les besoins physiologiques et de sécurité sont largement comblés, les personnes cherchent à entrer en relation avec d'autres individus. Il s'agit d'un besoin universel car il existe dans toutes les cultures. Ainsi, l'exclusion sociale peut conduire à l'anxiété, l'isolement, la solitude et à la dépression. Les relations nécessaires pour combler ce besoin d'appartenance sont des relations familiales, amicales, de mariage ou de groupes de travail.

Le **besoin d'estime de soi**, d'après Maslow (1943) cité par Taormina & Gao (2013), se divise en deux :

1. L'estime de soi
2. L'estime des autres

L'Homme a besoin d'autres personnes avec lesquelles interagir pour se sentir bien dans un réseau de relations sociales, ce qui peut satisfaire le besoin d'estime de soi. Ainsi, pour avoir un sentiment d'estime satisfaisant, il faut aussi avoir le respect des autres.

S'agissant du **besoin de s'accomplir**, Maslow (1987) cité par Taormina & Gao (2013), le décrit comme étant le désir des gens de s'épanouir, c'est-à-dire la tendance à s'actualiser dans ce qu'ils sont potentiellement. Une personne devrait être suffisamment sûre de son statut social parmi les autres personnes pour qu'elle puisse se tourner vers l'effort de réalisation de soi, soit essayer de devenir ce qu'elle veut vraiment, et uniquement, être (Taormina & Gao, 2013).

La sexualité, en résumé, est considérée comme un besoin physiologique, dit basique ou primaire, l'être humain a plusieurs besoins à satisfaire et la sexualité est une nécessité à « combler » afin d'atteindre un certain bien-être.

Il n'existe, ainsi, pas de mauvaise manière de vivre sa sexualité aussi longtemps qu'elle procure le plaisir recherché, qu'elle reste sans risques, pour soi et pour autrui, et qu'elle favorise donc la conservation de la santé. D'après Marc Valleur et Dan Velea (2002), lorsque les troubles du comportement sexuel apparaissent, la santé n'est plus maintenue et n'est pas considérée comme conservée.

D'après Lagadec (2016), on ne peut pas dire qu'il existe une sexualité "normale" ni une manière de la pratiquer. Cependant, comment peut-on tenter de définir la normalité ? Où pouvons-nous mettre une limite à l'anormal ? En revanche, la sexualité doit être satisfaisante et respectueuse envers chacun. Elle peut donc devenir problématique lorsqu'elle devient envahissante dans la vie de l'individu et que cela représente son unique centre d'intérêt. Un tel individu, qui n'aurait que des pensées et comportements sexuels, dits envahissants, pourra être considéré comme souffrant d'addiction sexuelle.

Mais qu'entend-on exactement par trouble des addictions sexuelles ? Quels sont les critères qui permettent de dire qu'une personne en souffre ? Parmi la littérature, on constate que - selon les cultures et les époques - l'opinion, l'appellation et le diagnostic de cette addiction ont subi des changements.

2. Addictions sexuelles

2.1 Définition

Tout d'abord, il est intéressant de relever que les différentes appellations désignant une addiction sexuelle démontrent un manque de clarté au niveau de la définition. Don Juanisme, perversion, paraphilie, comportements sexuels compulsifs (CSC), trouble du contrôle de l'impulsion, addiction sexuelle, dépendance au sexe et altération de la régulation du désir sexuel sont des termes décrits par Garcia & Thibaut (2010) et Triffaux, J-M. (2013) afin de démontrer la difficulté à comprendre ce trouble et à établir des critères de diagnostics.

En 1988, Reed et Blaine, deux psychiatres nord-américains ont indiqué que l'addiction sexuelle chez les personnes se développe sur quatre phases (Inescu & al, 2013, p.355). Ces quatre phases sont décrites de la manière suivante (Reed et Blaine, 1988) :

- **Phase de préoccupation** : suite aux difficultés existentielles, le sujet est envahi par des préoccupations sexuelles (la personne est à la recherche de multiples partenaires sexuels, la drague compulsive).
- **Phase de ritualisation** : la personne exécute des rituels avant le comportement sexuel (scénarios de la relation du rendez-vous sexuel préalable à la rencontre, recherche de supports visuels à contenu pornographique-fétichisme).
- **Phase de compulsion sexuelle** : la personne passe à l'acte, mais la satisfaction n'est que temporaire.
- **Phase de désespoir** : le sentiment de ne pas pouvoir contrôler son comportement est associé généralement à un état dépressif (p.355).

Selon Beech, Miner & Thornton (2016), les personnes atteintes de CSC présentent un niveau démesuré de comportements sexuels et de préoccupations qui interfèrent avec leur capacité à maintenir des liens sociaux. Les intérêts accrus pour les relations sexuelles excessives ou incontrôlables démontrent une détresse personnelle.

En effet, l'OMS a récemment inclus un sous-thème aux troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux qui sont les troubles du contrôle des impulsions. L'un des sous-thème des troubles du contrôle des impulsions est le trouble du comportement sexuel compulsif. Ce trouble se caractérise dans le CIM-11 (Classification Internationale des Maladies) par une tendance accentuée à ne pas maîtriser les pulsions sexuelles intenses et fréquentes menant à un comportement sexuel répétitif. Les symptômes peuvent impliquer les éléments suivants :

- Une activité sexuelle répétitive comme un élément central de la vie au point de négliger la santé, les soins personnels, les activités, les responsabilités ou les centres d'intérêts.
- De nombreux efforts infructueux pour diminuer de façon significative les comportements sexuels répétitifs.
- Un comportement sexuel répétitif persistant malgré les conséquences néfastes ou une satisfaction faible, voire nulle.

L'incapacité à maîtriser les pulsions ou impulsions sexuelles intenses et le comportement sexuel répétitif qui en découle se manifestent sur une période prolongée (six mois ou plus). Cela provoque une détresse liée aux jugements moraux et à la désapprobation des individus ou une altération significative des capacités personnelles, familiales, professionnelles, sociales et éducatives. (« ICD-11—Mortality and Morbidity Statistics », 2019).

D'autres spécialistes identifient l'addiction sexuelle à travers d'autres critères.

Kafka (2009), identifie les CSC si :

- A. Pendant une période d'au moins 6 mois, il y a des fantasmes sexuels, des relations sexuelles récurrentes et intenses, des pulsions sexuelles ou des comportements sexuels, associés avec 3 ou plus de 5 des critères suivants.
- B. Le temps passé pour des fantasmes, pulsions ou comportements sexuels perturbe les activités de la vie.
- C. Épisodes répétitifs de fantasmes, de pulsions ou de comportements sexuels en réponse à une humeur dysphorique (dépression, anxiété, etc.).
- D. Épisodes répétitifs de fantasmes, de pulsions ou de comportements sexuels en réponse à des événements stressants.

- E. Des efforts répétitifs mais sans résultat pour contrôler ou réduire les fantasmes, les pulsions ou les comportements sexuels.
- F. S'engager à répéter des comportements malgré les risques physiques ou émotionnels, pour soi-même ou pour autrui.
- G. Les fantasmes, les pulsions ou les comportements sexuels sont à l'origine d'une détresse ou altération des domaines sociaux, professionnels et d'autres domaines importants.
- H. Les fantasmes, les pulsions ou les comportements sexuels ne sont pas dus à des effets de substances ou de médicaments.

Selon Wakefield (2012), le problème fondamental est que les critères ne font pas la distinction entre les niveaux normaux et élevés de désir et/ou d'activité sexuelle.

Selon Black (2000) cité par Kuzma & Black (2008), le consensus général est que les CSC sont caractérisés par un comportement sexuel inapproprié ou excessif qui mène la personne à une détresse ou à une altération du fonctionnement dans la vie quotidienne. Parmi ces comportements, on retrouve le plus souvent les fantaisies sexuelles, la masturbation compulsive, la pornographie, le cybersexe, le voyeurisme, le sexe anonyme et les multiples partenaires sexuels (Echeburua, 2012).

Efrati & Gola (2018) expliquent que des observations cliniques ont permis de révéler deux sous-types de CSC :

1. CSC interpersonnels
 - a. Inclut des comportements tels que plusieurs conquêtes sexuelles et recherche de plusieurs partenaires.
2. CSC individuels
 - a. Se réfère à des comportements tels qu'une grande perte de temps à regarder de la pornographie et à se masturber. Souvent accompagnés de pensées sexuelles obsessives.

Efrati & Gola (2018), expliquent que les contraintes culturelles mènent les religieux et les conservateurs à adopter plus de comportements individuels que des comportements interpersonnels.

Les personnes qui ont porté leurs recherches sur l'addiction sexuelle ont divisé leurs manières de classifier l'origine de ces troubles et il en a découlé deux doctrines. Alors que l'une, se basant sur des paramètres neurobiologiques, énonce que les addictions sans

substances et avec substances sont liées, l'autre s'éloigne de cette hypothèse en considérant que les addictions liées aux comportements sont différentes de celles liées aux substances (Nuss, 2017).

La paraphilie est un terme difficile à définir. Cependant, le DSM-5 "Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux", une édition de l'association américaine de psychiatrie regroupant la totalité des troubles mentaux connus à ce jour, définit la paraphilie de la manière suivante :

Le terme *paraphilie* renvoie à tout intérêt sexuel 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. Dans certaines circonstances, le critère « intense et persistant » peut être difficile à appliquer comme pour l'évaluation des personnes qui sont très âgées ou malades et qui ne peuvent pas avoir d'intérêts sexuels « intenses » d'une quelconque manière. Dans de telles circonstances, le terme paraphilie peut être défini comme tout intérêt plus important ou égal aux intérêts sexuels normophiliques. (American psychiatric association, 2013, p.807).

Le DSM-5 différencie la paraphilie du trouble paraphilique :

Un *trouble paraphilique* est une paraphilie qui cause d'une façon concomitante une détresse ou une altération du fonctionnement chez l'individu ou une paraphilie dont la satisfaction a entraîné un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d'autres personnes. Le fait d'avoir une paraphilie est une condition nécessaire mais non suffisante pour présenter un trouble paraphilique et une paraphilie en soi ne justifie ou ne requiert pas nécessairement une intervention clinique. (American psychiatric association, 2013, p.808).

Différents types de paraphilies sont décrits dans le DSM-5 (Tableau 1) : (voir en annexe).

Il y a deux critères pour diagnostiquer les troubles paraphiliques :

1. Spécifie la nature qualitative de la paraphilie : focalisation érotique sur les enfants ou une exposition de ses organes génitaux à des étrangers.
2. Spécifie les conséquences négatives de la paraphilie : détresse, altération du fonctionnement, préjudice pour autrui (American psychiatric association, 2013).

Le diagnostic de “troubles paraphiliques” doit être réservé aux personnes qui répondent aux deux critères. Si un individu répond uniquement à un critère, on considère qu’il n’y a pas de troubles paraphiliques mais seulement une présence de paraphilie.

En vue des critères cités ci-dessus pour diagnostiquer un trouble paraphilique, y auraient-ils des éléments précurseurs dans l’enfance qui pourraient éventuellement influencer nos comportements futurs ? Selon Efrati & Gola (2018), les adolescents ont plus de CSC solitaires. Le besoin d’adaptation va de pair avec la vulnérabilité mentale. Les jeunes personnes deviennent moins dépendantes de leur famille et cherchent de nouveaux objets d’importance.

Quand un parent/soignant apporte le support, le soin et les besoins nécessaires, l’enfant développe un lien de sécurité envers cette figure d’attachement. Celui-ci est caractérisé par une vision positive de soi-même. Les personnes sécures sont plus sociables et ont tendance à développer des liens “sains” avec les membres de la famille, les amis et des partenaires romantiques.

Néanmoins, il se peut que le support parental soit insuffisant et qu’il amène donc l’enfant à développer un attachement insécure. Si les besoins des enfants ne sont pas suffisamment remplis par les parents/soignants, et si la disponibilité du support et du soin est incertaine, la peur de l’abandon est développée ainsi que la peur du rejet.

Ces personnes sont caractérisées par un haut désir d’amour et d’affection qui est entravé par la peur du rejet. Ces derniers vont développer un comportement d’évitement et s’isoler de la société. En effet, ils n’auront pas confiance en la bonne volonté d’autrui et préféreront rester à distance d’une relation intime afin de protéger leur émotion (Smith & al. (1999) cité par Efrati & Gola (2018)).

Afin de faciliter la différenciation entre chacun des termes suivants : CSC, addictions sexuelles, troubles mentaux, une synthèse visant à éclaircir ces termes apparaît nécessaire.

Pour commencer, les CSC sont caractérisés par un comportement sexuel inapproprié ou excessif qui mène la personne à une détresse ou à une altération du fonctionnement dans la vie quotidienne (Echeburúa, 2012). Ensuite, les addictions sexuelles sont caractérisées par une perte de contrôle de la sexualité et la poursuite du comportement pathologique lié à l’acte sexuel malgré la connaissance de ses conséquences négatives (Nuss, 2017). Les troubles mentaux sont caractérisés par un large ensemble de problèmes dont les symptômes diffèrent. Cependant, ils s’expliquent, généralement, par une combinaison de pensées, d’émotions, de comportements et de liens avec autrui anormaux (OMS, 2020).

Pour conclure ce chapitre sur les addictions sexuelles, il est important de comprendre et de retenir que la personne qui en souffre n'est pas en quête du bien-être, mais espère plutôt dissiper son mal-être (Echeburúa & Corral, 2010 ; Potenza, 2006).

Mais alors que le mal-être et la souffrance sont identifiés, pour quelles raisons l'addiction sexuelle, thématique très complexe, reste-t-elle encore à ce jour très peu mise en avant ? A-t-elle toutefois réussi à susciter un intérêt quelconque chez certains scientifiques ? De plus, quel est le nombre de personnes et les populations les plus à risque de souffrir d'addiction sexuelle ?

2.2 Épidémiologie

La sexualité, et le plaisir auquel elle est associée, sont précurseurs de débats sociaux qui eux agiront comme obstacle à la recherche sexologique (étude de la sexualité humaine) (Bancroft, 2004 ; Klein, 2012). En outre, lorsqu'on aborde plus précisément le sujet des addictions sexuelles, on constate que celui-ci est considéré comme étant « tabou », ce qui rend difficile la réalisation d'études épidémiologiques.

De plus, actuellement, les quelques chercheurs portant leur intérêt sur les addictions sexuelles sont freinés dans leurs recherches par des contraintes financières (Josephs, 2015 ; Wunsch, 2016). Le fait est que la plupart des recherches à caractère sexologique ne se focalisent pas principalement sur les addictions sexuelles. En effet, selon Langis et Germain (2015), les études visent en particulier les thématiques sexuelles qui sont considérées par notre société comme étant les plus problématiques. Les infections sexuellement transmissibles (IST), les dysfonctionnements sexuels, les problèmes conjugaux ou les abus sexuels sont considérés comme des problématiques principales. Par ailleurs, les données épidémiologiques ne sont pas toujours entièrement fiables, il faut savoir les analyser avec prudence (Bancroft, 2004 ; Klein, 2012).

À cela s'ajoute la difficulté de diagnostiquer les CSC présents chez certaines personnes. Et pourquoi sont-ils difficiles à diagnostiquer ? Grant (2018), a émis plusieurs hypothèses à ce sujet. Parmi elles, il y a les réticences qu'ont ces personnes à dévoiler leurs penchants sexuels par peur et par honte des regards que la société pourrait porter sur eux. Il y a aussi le manque de connaissances, non seulement des patients mais également du corps médical. En effet, les personnes ayant des CSC ignorent la plupart du temps qu'il existe des traitements qui peuvent être mis en place et ainsi améliorer leur qualité de vie. De la même manière, bon nombre de professionnels de la santé n'ont pas bénéficié d'une formation pour comprendre les CSC et ignorent donc les traitements et/ou l'approche pour ces personnes. De plus, la classification des CSC, elle-même, n'est pas encore claire et il n'y a pas d'accord sur la définition et sur des critères de diagnostic de ce trouble, ce qui crée une contrainte s'agissant du diagnostic des personnes ayant des CSC.

Une vieille étude de Arnett (1992) cité par Dhuffar & al. (2016) indique que les jeunes peuvent ne pas considérer leurs CSC comme pathologiques. Ils estiment que leur sexualité ne nécessite pas de traitement.

Garcia & Thibaut (2010), expliquent qu'aucune étude épidémiologique n'a été conduite en utilisant le critère de diagnostic standardisé. Toutefois, la prévalence est estimée approximativement entre 3 et 6% de la population générale, avec une sex-ratio de 5:1. Selon Adina Cismaru Inescu (2013), la prévalence serait plus importante chez les adolescents et les jeunes adultes.

On peut également constater qu'un taux élevé d'addictions sexuelles est retrouvé parmi les délinquants sexuels, les patients atteints par le VIH et ceux souffrant de paraphilies. En Suisse, des évaluations sont effectuées au sein de la population demandeuse de soins dans des centres spécialisés (Adina Cismaru Inescu, 2013).

Est-ce les femmes ou les hommes qui sont le plus touchés par ce trouble ? Kuzma & Black (2008), essaient de répondre à cette question. Ils suggèrent que les hommes sont plus à mêmes d'avoir des comportements compulsifs de masturbation, de payer pour le sexe ou de s'engager dans du sexe anonyme. À l'inverse, les femmes, elles, sont plus susceptibles d'avoir des fantasmes sexuels. Kuzma & Black (2008), donnent l'exemple d'un comportement séducteur menant à plusieurs relations, affaires. Le sadomasochisme est plus probable chez les femmes, mais également le fait d'utiliser le sexe comme un business. Les femmes qui ont ce type de comportements se décrivent comme des « Love addicts » (Kuzma & Black, 2008). Ces auteurs mentionnent également que les hommes avec des CSC ont environ 59 partenaires sexuels dans les 5 ans précédentes, comparé à 8 ans pour les femmes.

Cela étant dit, la question se pose de savoir comment ces hommes et femmes en arrivent à ces pratiques sexuelles et quels sont précisément les facteurs de risques et/ou les événements qui font que leur sexualité pourrait être décrite comme pathologique.

2.3 Causes

Selon une étude (Odling et al. 2013), les CSC sont plus fréquents chez les personnes qui font état de symptômes tels que la dépression, l'anxiété, un niveau de stress élevé, une mauvaise estime de soi, un déficit de l'attention/hyperactivité, les achats compulsifs, les jeux pathologiques, la kleptomanie et un dysfonctionnement sexuel (Derbyshire & Grant, 2015).

Dans l'étude de Odling (2013), sur les 2108 personnes qui ont répondu à l'enquête, seulement 36 (2%) correspondaient aux critères des CSC, soit 23 hommes (3%) et 13 femmes (1.2%). Sur les 36 sujets, tous ont déclaré avoir des fantasmes sexuels incontrôlables et, plus de la moitié (n=19), un comportement sexuel incontrôlable.

Selon les chercheurs, les pulsions et les fantasmes sont associés à un dysfonctionnement psychosocial et plus de la moitié des sujets utilisent leurs pulsions et fantasmes comme « traitement » ou stratégie d'adaptation dysfonctionnelle, ce qui permettrait de faire face à des événements stressants ou à un état dysphorique (Odling et al. 2013 ; Cooper 1999 cités par Wéry & al. 2014).

Les chercheurs ont constaté que les individus avec des CSC passent plus de temps sur Internet. L'accès à Internet peut permettre aux sujets de rencontrer des partenaires sexuels, ce qui peut entraîner des transmissions d'IST ou des violences sexuelles (Odling et al. 2013). En effet, selon Nuss (2017), la facilité d'accès aux sites pornographiques accroîtrait le risque de développer une addiction sexuelle.

Une autre étude de Giugliano (2006), démontre que l'ensemble des individus (n=14) s'identifiant comme ayant un CSC souffrent d'une négligence parentale (par exemple : un manque de présence ou d'éducation), que neuf ont souffert d'abus sexuels durant l'enfance et que dix ont été victimes d'inceste (Giugliano, 2006 cité par Wéry & al. 2014).

Selon Aaron (2012), il existerait deux réponses possibles à un abus sexuel pendant l'enfance, à savoir une addiction sexuelle ou une inhibition sexuelle. Ces deux réponses peuvent être influencées par le genre de l'individu et son âge (Aaron, 2012 cités par Wéry & al. 2014).

Chez les garçons, la réponse serait plus dans un comportement compulsif (pouvant même amener à des agressions). Alors que pour les filles, la réponse serait inverse et elles montreraient des états anxieux et dépressifs.

Par ailleurs, plus l'enfant est jeune lors de l'abus sexuel (moins de six ans), plus il y aurait des risques qu'il réponde plus tard par des CSC.

De plus, ces moments traumatisants peuvent engendrer énormément de répercussions psychologiques (par exemple : une baisse de l'estime de soi, un sentiment de honte, sentiment d'impuissance, etc.) (Kendall-Tackett, 1993 cités par Wéry & al. 2014).

L'étude d'Odlaug (2013), explique qu'il est crucial de faire un dépistage chez les étudiant-e-s afin d'identifier un traitement pour les sujets atteints de CSC dans cette tranche d'âge.

Par conséquent, les CSC s'avèrent néfastes pour la santé de l'individu et pour autrui. En effet, ces personnes auront du mal à mener une vie commune. Il y aura des répercussions et ce à plusieurs niveaux. Mais quelles sont-elles ?

2.4 Impacts et conséquences pour la personne et son entourage

Des anciennes recherches suggèrent qu'une mauvaise santé mentale peut avoir un impact néfaste sur la scolarité. En outre, les individus atteints de CSC ont montré des niveaux élevés de stress et de symptômes dépressifs et sont plus à risque d'avoir d'autres comportements pathologiques contrairement à ceux qui ne présentent pas de CSC (Odlaug et al. 2013).

Van Gordon & al. (2016), ont approfondi l'évolution du CSC dans la vie d'un homme. Adam, à l'époque marié avec une femme, a commencé par avoir des relations sexuelles régulières avec elle, puis il est passé à une consommation excessive de visionnage pornographique lorsque sa femme "s'est lassée" des relations sexuelles. Le divorce est alors survenu, lorsque sa femme a découvert qu'il visionnait du porno gay, Adam étant perçu comme bisexuel, à la suite de visionnages de films pornographiques.

Environ 18 mois après le divorce, Adam a profité de sa "liberté" pour satisfaire ses besoins sexuels, en établissant un réseau sexuel, c'est-à-dire des contacts d'hommes et de femmes avec ou sans rémunération. Malheureusement, son salaire ne suffisait pas pour couvrir les frais, il finit donc par vendre sa maison et par louer un logement.

Il ne présente pas de pensées suicidaires, ni d'autres dépendances, mais il explique que la plupart des relations sexuelles étaient accompagnées d'une consommation d'alcool. Son psychothérapeute explique que Adam souffre de dépression majeure, qui est la cause de son CSC.

Une étude de Brewer & Tidy (2019), menée sur des psychothérapeutes spécialisés dans la dépendance sexuelle et les comportements compulsifs associés, a identifié des thèmes qui sont les plus émergents dans l'addiction sexuelle chez leurs clients. Ces thèmes, eux-mêmes composés de sous-thèmes, sont les suivants :

- La détresse
 - Le stress et l'adaptation

Les thérapeutes décrivent la dépendance sexuelle comme une stratégie d'adaptation pour faire face au stress et/ou à des situations traumatisantes. La dépendance sexuelle devient alors un mécanisme pour réguler les émotions. Dans un premier temps, cette stratégie semble apporter un résultat satisfaisant pour la personne. Toutefois, au fur et à mesure que ces comportements s'intensifient, ils vont apporter des conséquences comme la rupture d'une relation et conduire l'individu à consulter un spécialiste.

La dépendance comportementale est, partant, identifiée par une mauvaise régulation des émotions et une incapacité d'adaptation (Brewer & Tidy, 2019).

- Idées suicidaires

Ce sous-thème représente un faible risque. Dans cette étude, il s'adresse plus aux toxicomanes qui présentent des idées suicidaires lorsqu'ils sont dans la phase découverte et rechute (Brewer & Tidy, 2019). Selon l'étude de l'Hall (2013) cité par Dhuffar & al. (2008), sur 350 addicts au sexe, 19,4% des individus auraient déclaré avoir des idées suicidaires en raison du sentiment de honte associé aux CSC.

- Expérience partenaire

Que la dépendance sexuelle concerne l'individu ou bien son partenaire, tous les deux ont besoin d'une aide. En effet, la dépendance sexuelle affecte également le partenaire, qui peut présenter lui-même un comportement compulsif en étant obsédé par la surveillance de son conjoint. Les thérapeutes ont signalé des cas dans lesquels le partenaire souffre d'anxiété et de dépression et nécessite une prise médicamenteuse de type antidépresseurs. La découverte de la dépendance sexuelle peut être un traumatisme pour le partenaire, le couple doit se soutenir mutuellement et maintenir un environnement respectueux (Brewer & Tidy, 2019).

- Le risque
 - Sécurité physique

La sécurité de l'individu peut être mise à risque par rapport à des comportements sexuels comme la domination, le masochisme et le sadisme.

Deux thérapeutes racontent le danger qu'amène ces comportements chez leurs patients qui cherchent à recréer des scènes de viol avec des inconnus rencontrés sur internet ou à se faire asphyxier jusqu'à l'évanouissement (Brewer & Tidy, 2019).

➤ Maladie, dysfonctionnements et grossesse

Les psychothérapeutes expliquent que leurs clients ont souvent des rapports sexuels non protégés et que, de ce fait, ils peuvent contracter des IST potentiellement néfastes pour leur santé. Les IST et les grossesses non désirées peuvent entraîner des sentiments de honte, d'anxiété, de dépression, de culpabilité, de consommation de substance et énormément de retentissement socio-économique lié à la grossesse (Brewer & Tidy, 2019).

➤ Codépendance

D'autres comportements compulsifs (alcool, jeux, drogues, achats) ont été identifiés par les thérapeutes (Brewer & Tidy, 2019).

Une étude de Scanavino et al. (2018), a montré des scores de codépendance plus élevés chez les personnes ayant des CSC. Sous l'influence de la drogue, ces mêmes personnes sont plus à risque d'avoir des relations sexuelles, le plus souvent non protégées, ce qui entraînerait, comme mentionné ci-dessus, des IST ou bien des grossesses non désirées.

Selon une autre étude, il existe des comorbidités entre les CSC et les troubles liés aux substances. En effet, un CSC non traité peut entraîner un risque de rechute, dans la mesure où la consommation des substances permet de lutter contre des sentiments négatifs, tels que la honte et la culpabilité que peuvent ressentir les individus en raison de leurs comportements et des conséquences (Shorey, Elmquist, Gawrysiak, Anderson & Stuart, 2016).

En sus de toutes ces complications, une étude a montré qu'une abstinence de comportements sexuels chez les individus peut engendrer des symptômes de sevrage dans les CSC : insomnie, sueurs, anxiété, asthénie, dyspnée, nausées et tachycardie chez 70% des individus présentant des CSC dans l'étude (Karila & al. 2014 cités par Wéry & al. 2014).

Après avoir vu les impacts et les conséquences concrètes des CSC dans nos sociétés occidentales, il peut être intéressant de se demander si les CSC sont les mêmes partout dans le monde ? Ou bien varient-ils selon les époques, les cultures et les religions ?

2.5 Interculturalités

De nos jours, il y a plusieurs cultures omniprésentes dans notre monde, chacune aussi différente de l'autre. Chaque culture possède des coutumes, des valeurs, une spiritualité, des pensées, des comportements et des attitudes qui sont propres à celle-ci. L'interculturalité est donc une variable non négligeable lors de la prise en soins de patient souffrant d'une maladie quelle qu'elle soit mais encore plus dans le cas des CSC.

De toutes les études faites dans la sphère des sciences de l'Homme, un grand nombre d'entre-elles portent sur les personnes venant de l'occident, autrement dit les "Occidentaux" (Arnett, 2008), étant pourvu de spécificités psycho-sociales atypiques (Henrich et al., 2010). Des recherches sur le plan physique et culturel chez l'Homme ont attesté des différences de développement de manière générale et donc aussi du point de vue de la sexualité, sujet phare de notre travail (Lancy, 2015).

En analysant des parcelles des données relatives à l'histoire (Cantarella, 2002 ; Aries, 1973 ; Rocke, 1998) ainsi qu'à l'ethnologie (Ford et Beach, 1952 ; Marshall et Suggs, 1971 ; Gregersen, 1983 ; Werner, 1986 ; Miletsky, 2002 ; Herdt, 1996 ; Davies, 2007), il s'avère que, selon l'idéologie de la société actuelle, les valeurs et les pratiques liées à la sexualité peuvent différer. D'après les dires de Frayser (1994), à l'origine de ces divergences se trouvent le développement sexuel, le nombre et les attributs des genres et les pratiques érotiques qui sont mises en valeurs. Par pratiques érotiques, Frayser (1994), fait référence au sexe oral, uro-génitale ou bien anal. Bien qu'absentes dans certaines sociétés, ces pratiques sont représentatives des Occidentaux.

Selon Currier (1981), les sociétés appliquent quatre méthodes sociales différentes à propos de la sexualité. Selon la méthode à laquelle on est soumis, notre développement sexuel sera différent. C'est pourquoi, Currier (1981), a divisé la société en quatre selon la méthode qu'elle applique. Ces quatre sociétés sont dites répressives, restrictives, permissives et éducatives :

- Les **sociétés répressives** tentent de supprimer la sexualité. Elles considèrent le sexe comme une activité extrêmement dangereuse et seule la reproduction est autorisée. Toute forme de sexualité dans l'enfance, l'adolescence et en dehors du mariage est strictement prohibée.
- Les **sociétés restrictives** limitent la sexualité. Ces cultures sont ambivalentes concernant la sexualité : elle est globalement acceptée, mais pas sans réserve, en raison de la peur des problèmes individuels ou sociaux potentiellement provoqués par la sexualité. Les jeux sexuels dans l'enfance sont fortement découragés et les

sexes peuvent être séparés dès l'enfance. La chasteté prémaritale est requise pour au moins un sexe.

- Les **sociétés permissives** tolèrent la sexualité. Même s'il existe des prohibitions culturelles, elles sont peu appliquées. Par exemple, les jeux sexuels dans l'enfance sont quelquefois prohibés, mais tant que ces activités ne sont pas publiques, les adultes se comportent comme si elles n'avaient pas lieu. La sexualité prémaritale est considérée comme normale. Le plaisir sexuel est valorisé et également considéré comme normal (Currier, 1981).
- Les **sociétés éducatives** développent la culture de la sexualité. La sexualité est considérée comme indispensable au bonheur humain et les expériences sexuelles précoces sont considérées comme une nécessité pour le bon développement biologique et social. Des coutumes et des institutions procurent aux jeunes des informations et des expériences sexuelles pour développer leur sexualité. Le plaisir sexuel est valorisé et recherché par les deux (p.49).

Après avoir acquis une certaine expérience sur le terrain et dans des milieux pédiatriques, Yate (2004) dit : « la réponse sexuelle est un comportement, entre autres, appris ». Dans cette même optique, Yate (2004), affirme que les pratiques sexuelles reproduites assidûment durant l'enfance auraient tendance à devenir anodines et à être privilégiées lors de notre vie sexuelle.

Effectivement, la sexualité et son expression est en lien étroit avec le type de société dans laquelle on vit. Cela montre bien, une nouvelle fois, la complexité pour l'infirmière de prendre en soin une personne de culture étrangère pouvant en plus souffrir de CSC. Alors comment prendre soin ? Comment aborder la sexualité sans être intrusif ? Et puis, est-ce que toutes les infirmières sont-elles outillées pour aborder ces personnes en souffrance ? Finalement, de quoi est constitué le soin, l'accompagnement et comment peut-il concrètement prendre forme ?

3. Accompagnement infirmier

Accompagner une personne qui souffre d'addiction est complexe. De plus, l'addiction liée à la sexualité est encore assez « cachée » aussi bien par les personnes que par le monde de la santé.

Souffrir d'addiction signifie pour la personne qu'elle est dans un processus « long » souvent semé de rechutes et de découragements. Prendre soin des personnes qui souffrent d'addiction, pour l'infirmière, c'est aussi être confrontée à ce processus et cela peut la mettre dans une posture d'échec ou lui faire vivre des sentiments ambivalents ; sauver à tout prix la personne, être fâchée contre elle, etc.

Les infirmières sont celles qui sont en ligne directe avec les personnes souffrant d'addiction. Pour commencer, il est nécessaire que l'équipe soignante ait les connaissances et compétences nécessaires dans :

- Les différents types d'addiction
- La maîtrise des différentes symptomatologies
- Le domaine de la santé mentale et psychiatrique ainsi que dans les aspects psychosociaux
- L'incarnation d'une posture infirmière diversifiée en fonction de la personne soignée (Neville & Roan, 2014)

Dans les addictions, les soignants doivent soigner les personnes souffrant d'addiction sans jugement, traitant le patient avec respect et dignité. La relation de confiance est très importante dans un accompagnement de ces personnes souffrant d'addiction. Il est nécessaire de se montrer empathique, sensible, être acceptant de certains comportements et de se préoccuper de l'intégrité de la personne. Ce comportement du soignant amènera la personne à créer une capacité d'évolution dans les soins et lui permettra d'établir un lien de confiance fort et d'induire, ainsi, un accompagnement humain.

Dans un premier temps, selon Neville et Roan (2014), il est nécessaire d'investiguer le problème. Cela permettra à l'équipe soignante de comprendre clairement quels sont les besoins de la personne et de l'accompagner. Les questions permettant l'investigation incluent :

- Quelle substance est utilisée ? (Si substance utilisée)
- Depuis combien de temps cette addiction est-elle présente ? Quelle fréquence et quelle quantité ?
- Dans quels moments les substances sont-elles utilisées ?
- Quels sont les formes d'utilisation de la drogue ?

- Quelles sont les ressources de la personne ?
- Quels supports sociaux la personne a-t-elle (famille, amis, communauté) ?
- La personne a-t-elle développé des problèmes émotionnels et/ou physiques relatifs à cette addiction ?
- Existence-ils d'autres comorbidités ?

L'investigation inclut, également, l'identification de symptômes comportementaux et physiques dus à l'addiction : dépression, préjudice social et économique, hygiène précaire, intoxication, amaigrissement.

Comme cité ci-dessus, les traitements dépendent des symptômes présentés par chaque personne. Il est très important, dans ce processus, que l'infirmière soit à l'écoute de la personne, de ses besoins, de ses peurs et de ses motivations pour le traitement.

D'après Neville et Roan (2014), certains points sont importants pour la conduite du traitement :

- Conseiller la personne : l'équipe soignante accompagne le patient dans sa réflexion sur le traitement, comment gérer l'abstinence, prendre des responsabilités et trouver des solutions ensemble.
- Les motivations : l'équipe soignante doit, également, trouver une manière de motiver la personne dans son "auto-soins", minimisant les barrières et facilitant l'accès au traitement.
- Une prise en charge pluridisciplinaire : psychologue, psychiatre, assistant social, thérapeute...

Le traitement des addictions est un processus long et complexe, principalement car il enveloppe un problème social qui inclut le propre patient, sa famille et la communauté à laquelle il appartient. L'infirmière doit connaître les facteurs sociaux capables d'entraver la bonne observance du traitement comme :

- Les pertes économiques que la personne a causées à sa famille
- Les manifestations de comportements anti-sociaux pour obtenir l'objet de l'addiction ou la conséquence de l'addiction qui éloigne sa famille et/ou la communauté de la personne.
- D'autres problèmes sociaux qui peuvent être liés à un comportement à risque, tel que le vol ou la violence contre soi ou contre autrui.

(Neville & Roan, 2014)

De plus, il est important de connaître les attentes de la personne et que l'équipe soignante éclaircisse avec le patient la raison de sa consultation/hospitalisation et les règles de

l'institution. Ensuite, il faut que l'équipe soignante soit prête pour des moments d'irritabilité et d'agressivité venant de la personne en abstinence.

La réalisation qu'une personne peut être acceptée pour ce qu'elle est, avec ses qualités et ses faiblesses, permet de reprendre la responsabilité de ses actes, élément clé de la guérison. En effet, une personne n'est pas responsable de ce qui l'excite, en revanche, elle l'est de ses actes. Il n'y a pas de véritable lien de confiance entre deux êtres si l'on n'accepte pas de montrer sa vulnérabilité à l'autre et le risque d'être rejeté. Se rendre compte que d'autres personnes se soucient, franchement, de ses souffrances et de ses besoins psychiques fondamentaux amène à une prise de conscience qui peut modifier le système de croyance de la personne souffrant d'addiction.

Le succès du traitement dépend, selon Neville et Roan (2014), du travail effectué par l'équipe soignante qui entend les nécessités des patients qui se trouvent dans cette situation.

Comme dit précédemment, la sexualité est un sujet tabou qui relève de la sphère intime. Une infirmière qui ne travaille pas et/ou qui n'a pas d'expérience dans la psychiatrie et/ou dans les services d'addictologie ne va donc pas directement aborder le sujet avec les patients selon la différence de genre, d'âge, de culture, etc.

Pour prendre en soins une personne souffrant d'addiction sexuelle, il ne faut pas seulement se centrer sur son addiction mais également sur tout son environnement. C'est pour cela que la personne requiert d'une prise en soins pluridisciplinaire. Les traitements proposés jusqu'ici sont longs et peuvent varier selon la personne, mais dans tous les cas l'objectif reste le même : l'atténuation du comportement addictif (Laqueille & Liot, 2009).

Les soignants doivent-ils être au clair avec leurs propres croyances et culture ? Selon Nuss (2017), il est important que le soignant fasse une réflexion sur ses propres croyances par rapport à l'addiction.

Pour prendre en soins une personne ayant des CSC, il faut d'abord pouvoir la dépister. Ce dépistage peut être fait par différents professionnels de la santé. En outre, l'infirmière aura un rôle important dans cette étape.

3.1 Dépistage

Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (2018), évaluent l'addiction et la dépendance sexuelle sur la base de deux tests, à réaliser de préférence par un spécialiste, car ils se basent sur une interprétation des valeurs de la personne ainsi que la représentation de sa sexualité. Il s'agit du test de Coleman qui est une échelle de comportements sexuels compulsifs et celui de Carnes sur la base de questions à réponses fermées.

Des études antérieures ont pu montrer l'efficacité de deux questionnaires dans le dépistage de la dépendance sexuelle, il n'en reste pas moins qu'un avis professionnel est toujours recommandé (Efrati & Gola, 2018). (Voir en annexe les deux questionnaires).

Mis à part les dépistages qui concernent directement les pathologies de l'addiction sexuelle, un dépistage peut aussi se focaliser sur les conséquences de ce trouble. Par exemple, d'après l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2019), toute personne ayant pu bénéficier d'une éducation sexuelle, par exemple par des campagnes de prévention, se trouve dans un futur mieux préparée à se protéger contre des IST, des grossesses non désirées ou des violences sexuelles, ainsi qu'à affirmer des pratiques et croyances sexuelles plus équilibrées. L'éducation sexuelle est, selon l'OFSP (2019), un droit chez tous les enfants et les jeunes suisses et devrait commencer au sein de la famille, puis à l'école, dans un but de prévention. La Confédération encourage une distribution d'informations sur la sexualité qui soient ajustées à l'âge de la population ciblée (OFSP, 2019).

Dans chaque pays, il existe un réseau de soins qui s'occupe de la prise en soins et du dépistage des personnes malades. À Genève, il existe un réseau, qui est composé de plusieurs branches parmi lesquelles on trouve celle de l'addiction sexuelle.

3.2 Réseau de soins à Genève

A Genève, il existe un réseau de soins qui englobe toutes les addictions, qu'elles soient avec ou sans substances. Ce réseau est constitué de plusieurs secteurs lesquels proposent chacun une prise en soins adaptée au type d'addiction et à son degré (voir schéma en annexe).

Afin que les infirmières puissent avoir une pratique dite optimale dans ce réseau de soins, il est nécessaire d'effectuer des recherches au préalable et de se baser sur des connaissances précises. Dans ce cas, ce travail sera basé sur une science infirmière afin de mettre en lien la pratique avec la théorie. Cette science est appelée un ancrage théorique.

4. Ancrage théorique

4.1 Discipline, écoles de pensées et paradigmes infirmiers

Depuis plus de 100 ans, les infirmières se sont efforcées de préciser leur domaine de pratique, d'expertise et leur contribution à la santé des personnes et des collectivités.

Cela signifie que la discipline infirmière, comme les autres disciplines professionnelles, « développe des connaissances qui servent à définir et à guider les activités dans leurs différents champs que sont la pratique, la recherche, la gestion, la formation et la politique » (Pepin, Kerouac et Ducharme, 2010, p.3).

Selon Pepin, (2010) :

Selon Schwab, la structure d'une discipline englobe deux aspects interreliés : la substance, c'est-à-dire un corpus de conceptions faisant l'objet du développement de la connaissance et la syntaxe, c'est-à-dire l'ensemble des processus privilégiés pour développer la connaissance à l'intérieur de ce corpus de conceptions (p.4).

Dans la discipline infirmière plusieurs théories ont été élaborées et ces dernières se regroupent dans diverses écoles de pensées telles que :

L'école des besoins :

L'indépendance dans la satisfaction des besoins fondamentaux selon V. Henderson

L'autosoin de D. Orem

L'infirmière concentre son attention sur le domaine de la dépendance. Elle porte son attention sur la connaissance des besoins spécifiques non satisfaits et les sources des difficultés que le patient rencontre.

L'action infirmière c'est de : remplacer, compléter, substituer, suppléer, ajouter, renforcer et augmenter la force, la volonté ou la connaissance de la personne. C'est le retour à l'indépendance qui est visé grâce à la satisfaction des besoins ou l'accompagnement vers une mort paisible dans certains cas.

L'école de l'interaction :

Le processus interpersonnel de H. Peplau

La théorie d'I. King

La conception humaniste du nursing selon J.Paterson et L.T. Zderad

L'infirmière concentre son attention sur ce qui se joue entre elle et le patient et cherche quels sont les besoins d'aide de la personne. La relation interpersonnelle subjective est au centre.

L'action infirmière c'est de : identifier le besoin d'aide, poser un diagnostic infirmier, planifier les interventions infirmières. Autrement dit, l'intervention de l'infirmière est thérapeutique, elle apporte aide et assistance.

L'école des effets souhaités

L'adaptation selon C. Roy

L'infirmière concentre son attention sur les comportements de « basse » ou « haute » adaptation de la personne concernant ses aspects physiologiques (mode physiologie), sa manière de se considérer, son idéal de soi (mode du concept de soi), les différents rôles que la personne est amenée à jouer et ses liens aux autres, ses attachements, sa manière de donner et de recevoir de l'affection, du respect (mode de l'interdépendance). L'infirmière « postule que la personne s'adapte aux changements de l'environnement ou répond aux stimuli en se servant de mécanismes d'adaptations innés ou acquis, lesquels sont physiologiques, psychologiques, sociaux » (Pepin, 2010, p.61).

L'action infirmière c'est de : promouvoir l'adaptation de la personne ou du groupe dans chacun des 4 modes.

L'école de l'apprentissage de la santé

La santé, la famille, l'apprentissage et la collaboration de l'école de McGill

L'infirmière concentre son attention sur la promotion de la santé, c'est-à-dire le maintien, le renforcement et le développement de la santé de la famille et de ses membres. « L'apprentissage de comportements de santé et l'activation des processus menant au développement d'un potentiel de santé sont au centre de la conception » (Pepin, 2010, p. 64).

L'action infirmière c'est de : se centrer sur un problème défini comme étant une situation de santé qui change continuellement et qui est en relation avec d'autres situations vécues dans la famille.

Selon Pepin, (2010) :

L'infirmière guide la personne / famille et l'aide à rassembler l'information et à la partager. La planification des soins reflète l'utilisation maximale du potentiel composé des forces, des motivations, des habiletés et des ressources de chacun pour travailler

sur la situation de santé. Un accord entre l'infirmière et la personne/famille précise les étapes à franchir et le rôle de chacun selon le rythme de la famille (p.65).

L'école des patterns

L'être humain unitaire selon M. Rogers

L'infirmière concentre son attention sur la personne qu'elle considère comme un être humain unitaire, comme un système ouvert, un champ d'énergie qui ne cesse de changer.

L'action infirmière c'est : « d'agir avec la personne, ensemble, et le consensus est simultané. L'infirmière facilite et rend possible pour la personne l'optimisation de son potentiel et, dans ce but, utilise des modalités de soins non invasives » (Pepin, 2010, p.67).

L'école du caring

Le soin humain – Human Caring selon J. Watson

Le soin transculturel selon M. Leininger

Ces différentes écoles de pensées s'inscrivent dans un paradigme, c'est-à-dire s'enracinent dans un cadre conceptuel général reflétant un ensemble de croyances et de valeurs reconnues par une communauté et admises comme étant communes à tous les individus du groupe. Cet ensemble de croyances donne à la discipline la possibilité d'identifier, de structurer, d'interpréter et de solutionner des problèmes disciplinaires définis et particuliers. Un paradigme influence les pratiques professionnelles, il permet de développer des connaissances et une réflexion (Kuhn, 1969)

En d'autres termes, les paradigmes infirmiers sont définis « comme étant les postulats philosophiques à la base des activités de l'infirmière ; par exemple, la conception que l'infirmière a de la personne peut influencer ses approches de soins » (Pepin, 2010, p.28).

Ainsi, au sein de la discipline infirmière plusieurs paradigmes se chevauchent, coexistent et s'influencent.

Les différents paradigmes infirmiers

Newman (2008)	Pepin (2010)	Fawcett (2013)	Parse (2011)
Particulier-déterminé	Catégorisation	Réaction	_____
Interactif-intégratif	Intégration	Interaction réciproque	Totalité
Unitaire-transformatif	Transformation	Action simultanée	Simultanéité Humain devenant

Les paradigmes du particulier – déterminé – de la catégorisation – de la réaction

Les paradigmes de la catégorisation selon Pepin, du particulier-déterminé selon Newman, de la réaction selon Fawcett, sont « caractérisés par des principes explicatifs, par la vérification d'hypothèses... ». C'est un modèle biomédical qui est utilisé pour aborder les phénomènes de manière linéaire et causale. Dans le domaine de la santé, on va donc chercher les causes des maladies afin de les éliminer. Ces paradigmes influencent les soins infirmiers en mettant l'accent sur la rationalisation, l'impersonnalité, les règles administratives, la division du travail, le contrôle hiérarchisé, etc.

Le **patient** est considéré comme un tout formé de la somme de ses parties et chaque partie est reconnaissable et indépendante. L'infirmière peut ainsi séparer la dimension psychologique de la dimension physiologique. Dans ces perspectives, la personne est dépendante des conditions dans lesquelles elle se trouve. L'**environnement** est perçu comme un élément séparé de la personne. La **santé** est un état stable et très désirable. La santé est positive alors que la maladie est négative ; elle est à éviter à tout prix ! Le **soin infirmier** est axé sur les problèmes, les déficits, les incapacités du patient. L'infirmière est très active, elle « fait pour », elle planifie, organise, coordonne, évalue ses actions. Elle travaille plutôt à la tâche et le patient est dépendant des soins de l'infirmière et des autres professionnels de la santé.

L'infirmière se positionne en experte. Les **sources théoriques** sont essentiellement les sciences biomédicales.

Les paradigmes interactifs-intégratifs – de l'intégration – de l'interaction réciproque – de la totalité

Dans le cadre de ce paradigme, les infirmières reconnaissent que la personne est un être bio-psycho-social, culturel et spirituel en interaction avec son environnement. Les infirmières qui s'inspirent de ce paradigme mettent l'accent sur le potentiel, les ressources, les capacités adaptatives des personnes et sur l'environnement.

L'**environnement** est constitué de divers contextes dans lesquels vit la personne. Les interactions entre l'environnement et la personne se font sous forme de stimuli positifs ou négatifs. La **personne** est un être bio-psycho-socio-culturo-spirituel. Elle peut influencer les facteurs de son état de santé en tenant compte du contexte dans lequel elle se trouve. Elle est donc considérée de manière holistique et systémique. La **santé et la maladie** sont deux entités distinctes qui coexistent et sont en interaction.

La **santé** est un idéal à atteindre et elle est influencée par le contexte dans lequel la personne vit. Le **soin infirmier** vise le maintien de la santé de la personne dans toutes ses dimensions : santé physique, mentale et sociale. Ainsi l'infirmière évalue le besoin d'aide de la personne en tenant compte de la personne dans son ensemble. Elle utilise les principes de la relation d'aide. L'intervention consiste à agir avec. Elle est comme une experte-conseil qui aide la personne à choisir les comportements relatifs à la santé les mieux adaptés à un fonctionnement personnel et interpersonnel optimal.

Le travail infirmier est moins centré uniquement sur le modèle biomédical et se centre aussi sur les dimensions biopsychosociales de la personne en insistant sur son caractère global.

Les **sources théoriques** d'autres disciplines sur lesquelles se sont appuyés les auteurs de ces paradigmes sont : l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, l'épidémiologie et des auteurs tels que Adler (thérapie axée sur le client), Maslow (pyramide des besoins), Carl Rogers (reconnaissance de l'importance de l'être humain), Erikson, les théories psychodynamiques, la théorie des systèmes de Bertalanffy.

Les paradigmes unitaires-transformatifs – de la transformation – de l'action simultanée – de la simultanéité

Les infirmières qui s'inscrivent dans ce paradigme s'intéressent à l'expérience de la personne, de la famille, de la communauté ou de la population comme étant le point de départ de leur action fondée sur une réflexion critique dans un processus réciproque. Par exemple, la personne sera engagée dans le suivi du traitement de son infection en tenant compte de ses croyances, de ses valeurs et de ses connaissances. Au sein de ce paradigme, la **personne** est vue comme un être unique et singulier porteur de ressources, capable de choix (d'un libre arbitre) qui vont influencer sa trajectoire de vie et de santé. La **personne** (individu, famille, groupe communauté) est un tout indissociable et elle a une manière d'être qui lui est propre. Elle dispose de façons d'être qui forment un modèle dynamique de relation mutuelle et simultanée avec l'environnement. La **personne** recherche une qualité de vie qu'elle définit selon son potentiel et ses priorités. L'**environnement** est composé de l'ensemble de l'univers dont la personne fait partie. L'environnement, différent de la personne, coexiste avec celle-ci.

Tout comme la personne, l'environnement évolue à un rythme, s'oriente dans des directions imprévisibles. La **santé** est conçue comme une expérience englobant la personne et son environnement. Elle est une valeur et une expérience. Elle fait référence au bien-être et à l'exploitation du potentiel de la personne. L'expérience de la maladie fait partie de l'expérience de la santé. Le **soin infirmier** vise au bien-être de la personne, tel qu'il est défini par cette dernière.

L'infirmière accorde de l'importance à la manière de voir de la personne. « Être avec » la personne que l'on soigne. Soigner, c'est s'engager, réfléchir et repose sur des connaissances. Autrement dit, soigner c'est s'appuyer sur des connaissances et des savoirs qui guident la pensée et la pratique soignante.

L'approche de l'infirmière est heuristique et ses activités découlent des préoccupations premières des personnes qu'elles soignent. Les **sources théoriques** des autres disciplines sur lesquelles se sont appuyés les auteurs de la discipline infirmière qui s'inscrivent dans ces paradigmes sont essentiellement le courant philosophique existentiel.

Différents courants de pensées en lien avec le développement des sciences humaines et l'évolution des paradigmes ont ainsi enrichi la conception des soins infirmiers et de la discipline. Chacun des courants de pensées et/ou théories de soins a été décliné en différents modèles conceptuels. Un modèle conceptuel constitue un cadre de références théoriques permettant de développer la connaissance, la réflexion et d'orienter la pratique

professionnelle. Le but d'un modèle est de rendre compréhensible la réalité. Le modèle guide le raisonnement (Pepin et al., 2010).

4.2 Présentation du modèle de Johnson

« Johnson Behavioral System Model » est un modèle qui prend en compte la dimension de la sexualité que nous souhaitons développer dans notre travail. Ce modèle comprend des sous-systèmes qui sont en adaptation continue afin que la personne puisse trouver un équilibre de santé. Un de ces sous-systèmes est relatif à la sexualité, ce qui a renforcé notre choix pour ce modèle. De plus, les sous-systèmes d'accomplissement, de dépendance et d'appartenance, présents dans le modèle de Dorothy Johnson, sont également présents dans le monde des addictions. Selon Johnson, si l'un des sous-systèmes est défaillant ou non/mal-développé la personne n'atteindra pas un état de bien-être optimal.

“Johnson Behavioral System Model” est une théorie construite et développée par Dorothy Johnson, née en 1919 et décédée en 1999 aux Etats-Unis. Selon Alligood (2013), la première version de la théorie est apparue en 1968 et a été inspirée d'autres théories telles que la théorie des systèmes, la théorie du développement et de la théoricienne Florence Nightingale.

La théorie de Dorothy Johnson appartient, d'après Pepin et al. (2010), à l'école des effets souhaités. Cette école perçoit l'entourage de l'individu ou la communauté comme étant un système recherchant l'équilibre ou l'adaptation. Les objectifs infirmiers consistent à rétablir ou maintenir une stabilité, une homéostasie. Cette école est basée sur le système, l'adaptation et les théories développementales. L'être humain est un être adaptatif et développemental.

La théorie de Dorothy Johnson prône la philosophie de l'interaction réciproque (de l'interaction selon Pépin). D'après Fawcett (2013), la philosophie a un niveau d'abstraction élevé. Celui-ci relève de l'holisme, c'est-à-dire qu'elle considère l'individu comme étant un tout indissociable. De plus, tous les sous-systèmes sont liés entre eux et cette relation détermine la relation avec l'environnement.

D'après Fawcett (2013), le rôle infirmier est d'accompagner, en d'autres mots, de fournir les conditions qui permettent le développement des comportements adaptés mais également d'apporter un soutien émotionnel. De plus, l'infirmière doit protéger. Par protection, on entend éviter les stimuli nuisibles. Ensuite, la stimulation doit apporter des stimuli qui provoquent un nouveau comportement ou qui amplifient un comportement déjà existant. De plus, l'apport de stimuli doit augmenter la motivation pour un comportement donné afin de ne pas démotiver l'individu dans les démarches de la prise en soins.

Chaque paradigme défend une vision, une manière de voir le monde et de défendre les 4 métaconcepts infirmiers que sont la santé, le soin, la personne et l'environnement. Johnson les conçoit de la façon suivante :

La personne est définie comme un système comportant 7 sous-systèmes, dépendants les uns des autres. Elle cherche à préserver un équilibre des systèmes comportementaux qui sont les 7 sous-systèmes. Les nouvelles expériences sont considérées comme un risque qui pourrait potentiellement perturber l'équilibre des sous-systèmes. Dans le cas des addictions sexuelles, d'après Marc Valleur et Dan Velea (2002), l'individu découvre de nouvelles sensations et de nouvelles pratiques sexuelles qui pourraient perturber l'équilibre des sous-systèmes.

Le soin est un art et une science. Ce métaconcept est basé sur une aide ou force extérieure afin de maintenir l'équilibre dans les systèmes comportementaux à un niveau optimal. Le rôle infirmier, selon Schreiber, Odlaug & Grant (2011), dans les addictions est d'informer le patient des risques qu'il court et de l'inviter à entreprendre une éducation thérapeutique, dans ce cas l'éducation à la santé sexuelle, afin de minimiser la prise de risques. Si, comme le dit Johnson, « le soin est un art », alors une simple information sur les risques et une éducation à la santé sexuelle seraient-elles suffisantes ?

La santé est caractérisée par de nombreux facteurs psycho-sociologiques. Le maintien du bien-être d'un individu dépend de l'équilibre des sous-systèmes vus antérieurement. L'infirmière doit, d'après McKeague (2014), prendre en compte tous les métaconcepts afin d'organiser une prise en soins globale de l'addiction. Il faut prendre en compte tous les aspects de cet individu et non se focaliser uniquement sur l'addiction.

L'environnement représente les facteurs qui agissent sur les systèmes comportementaux. L'environnement est composé de facteurs externes et internes au système comportemental et est un mécanisme externe qui agit sur les comportements. La prise en soins d'un individu doit, comme cité ci-dessus, prendre en compte tous les aspects. Étant donné que l'environnement est externe aux sous-systèmes, il ne faut pas oublier d'inclure l'environnement de l'individu afin de comprendre son lien avec la société. Selon Cadalen (2011), il faut rechercher comment la personne touchée par une addiction se sent par rapport aux autres personnes. En effet, le regard et l'opinion des autres individus peuvent affecter la personne addictive négativement.

4.3 Méthodologie de la pratique de Johnson

D'après Alligood (2013), la théorie sur les approches comportementales aux soins infirmiers définit la profession comme une force régulatrice externe qui a pour but de préserver l'intégrité des patients et régulariser les comportements à un niveau optimal afin que ces comportements ne constituent plus un danger à leur santé physique et mentale. En effet, selon Johnson cité par Alligood (2013), les comportements permettent de prévenir les maladies.

La théorie se base sur des systèmes comportementaux qui sont structurés en 7 sous-systèmes :

1. **L'attachement et affiliation** : comportement lié au développement et/ou au maintien des relations sociales ; les personnes atteintes de CSC présentent un niveau démesuré de comportements sexuels et de préoccupations qui interfèrent avec leur capacité à maintenir des liens sociaux (Beech, Miner & Thornton, 2016).
2. **Dépendance** : comportement lié au besoin d'appui pour accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) et/ou au besoin de soutien émotionnel ; la personne inclut des comportements tels que plusieurs conquêtes sexuelles et recherche des partenaires (Efrati & Gola, 2018). La personne consacre du temps à ses CSC et cela interfère avec la vie quotidienne (Kafka, 2010).
3. **Sexuel** : comportement lié à l'identité de genre. La garantie du plaisir et de la procréation est également recherchée ; la personne n'est plus à la recherche de plaisir mais de soulagement. En effet, les besoins physiologiques sexuels ne sont plus comblés, ce qui amène les pulsions à prendre le dessus sur tout autre besoin (Lagadec, 2016).
4. **Agressif - Protecteur** : comportement qui vise à déceler les menaces potentielles dans l'environnement afin d'assurer la survie. Ce comportement vise la protection des menaces directes et indirectes ; la recherche de soulagement est tellement forte qu'elle empêche le sujet d'éviter de prendre des risques et le conduit à avoir des relations non protégées qui peuvent amener à des grossesses non désirées et des IST (Brewer & Tidy, 2019).
5. **Accomplissement** : comportement lié à la maîtrise de soi et de l'environnement afin de produire l'effet désiré. Ce comportement inclut, également, la résolution des problèmes et la connaissance de ses propres ressources ; l'individu n'a pas de maîtrise de soi, ne connaît pas forcément ses limites et ses propres ressources. Le sentiment de ne pas pouvoir contrôler son comportement est associé généralement à un état dépressif (Reed et Blaine, 1988).

6. **Élimination** : comportement lié à la déjection naturelle des excréments produits par le corps mais est lié, également, à l'expression des sentiments ; les thérapeutes décrivent la dépendance sexuelle comme une stratégie d'adaptation pour faire face au stress et/ou à des situations traumatisantes. La dépendance sexuelle devient alors un mécanisme pour réguler les émotions. Ces comportements peuvent mener à des ruptures de relation (Brewer & Tidy, 2019).
7. **Ingestion** : comportement lié à l'alimentation, l'hydratation mais également aux informations, savoirs et connaissances. Ces personnes vivent dans le secret de leur pathologie. Les professionnels ne sont pas forcément aptes à déceler ce type d'addiction. La honte et le tabou sont des obstacles aux deux personnes, soignant-soigné. Le professionnel peut ne pas être à l'aise avec la sexualité et ne souhaite donc pas en discuter. Tandis que l'individu par honte ou peur ne va pas mentionner ces comportements (Reed et Blaine, 1988).

Chaque sous-système comporte un but fondé sur une motivation fondamentale, des tendances, des décisions et pour finir une action et/ou un comportement. Chacun de ses sous-systèmes contribue à l'activité d'un individu dans une situation donnée. Le rôle de l'infirmière est d'accompagner le patient afin qu'il puisse maintenir un équilibre entre les sous-systèmes, mais elle doit aussi prévenir un déséquilibre psychique et physique.

4.4 Question de recherche finale

L'addiction sexuelle est un terme complexe. En effet, plusieurs caractéristiques sont utilisées pour définir cette addiction. Par exemple, l'OMS a sa propre définition pour les troubles du contrôle des impulsions. De même, un sous-thème est défini dans le CIM-11, celui du trouble du comportement compulsif. Quant au DSM-5, il ne le reconnaît pas dans son ouvrage. Le fait que ces organisations ne reconnaissent pas une seule et unique définition tend à démontrer le manque de compréhension de ce sujet.

L'épidémiologie démontre que c'est un trouble peu courant de nos jours. De plus, Garcia & Thibaut (2010), explique qu'aucune étude épidémiologique n'a été conduite en utilisant le critère de diagnostic standardisé. Cependant, 3 à 6% de la population générale, dont la prévalence serait plus importante chez les adolescents et les jeunes adultes avec un sex-ratio de 5:1, est touchée.

Selon certains chercheurs, un dysfonctionnement psychosocial associé à des pulsions et des fantasmes est utilisé comme stratégie d'adaptation dysfonctionnelle. Cela permettrait de faire face à des événements stressants ou à un état dysphorique (Odlaug et al. ; Cooper 1999 cités par Wéry et al. 2014). De plus, l'accès à Internet peut permettre aux sujets de

rencontrer des partenaires sexuels, ce qui peut entraîner des transmissions d'IST ou des violences sexuelles. On constate également que la facilité d'accès aux sites pornographiques accroîtrait le risque de développer une addiction sexuelle. Giugliano (2006), explique que les personnes souffrant d'addiction ont, le plus souvent, souffert d'une négligence parentale ou d'un abus sexuel pendant leur enfance. L'addiction sexuelle peut avoir des conséquences sur la vie sociale, professionnelle, familiale et scolaire.

Dans une étude de Brewer et Tidy (2019), certaines émotions/ressentis ressortent plus que les autres. Ces deux thèmes, détresse et risques, sont eux-mêmes accompagnés de sous-thèmes, tels que les idées suicidaires, l'expérience partenaire, la sécurité physique, la maladie, le dysfonctionnement, la grossesse et la codépendance.

Chaque culture possède des coutumes, des valeurs, une spiritualité, des pensées, des comportements et des attitudes qui lui sont propres. L'interculturalité est une variable non négligeable lors de la prise en soins de patients souffrant d'une addiction. Il faut, par conséquent, prendre en compte la culture des soignants et du soigné. L'accompagnement infirmier des addictions sexuelles est un cheminement complexe et unique adapté à chaque personne. Dans cette optique, la relation de confiance, l'empathie, l'expression des émotions, l'acceptation de certains comportements et la préoccupation de l'intégrité de la personne sont des qualités très importantes dans cette profession.

En mettant en lien les addictions sexuelles avec le modèle de D. Johnson, ce travail a mené à la question de recherche suivante :

Quelles interventions en soins infirmiers pourraient être proposées pour un accompagnement intégratif de qualité envers les personnes souffrant d'addiction sexuelle ?

5. Méthode

Afin de répondre à cette question, une recherche d'articles scientifiques a été menée à partir d'une stratégie de recherche documentaire sous un acronyme appelé PICO. Chaque acronyme nécessite d'avoir des MeSH termes afin d'obtenir des résultats pertinents dans les bases de données. Ces MeSH termes ont été traduits à partir de HeTop.

Les bases de données "Pubmed" et Cinahl" ont été sollicitées dans cette ébauche de revue de littérature.

5.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Au début de cette revue de littérature, il a été difficile pour le groupe de trouver des articles qui permettaient de répondre à la question initiale qui était : « *Quelles interventions infirmières peuvent être mises en place pour prendre en soin les addictions sexuelles ?* ».

En effet, peu d'articles concernaient les rôles infirmiers chez les personnes souffrant de CSC.

Lors du rendez-vous avec notre directeur de Bachelor, ce dernier a proposé de modifier la question de recherche. Depuis, la démarche pour la recherche des articles s'est davantage focalisée sur un accompagnement des addictions en général. En effet, cette recherche a permis d'avoir une vision plus ouverte de la prise en soins des addictions qui englobent les troubles du comportement sexuel compulsif.

PICO	MOTS-CLÉS	HE-TOP
P	Personnes souffrant de comportements sexuels compulsifs	Sexuality, impulsive behavior, compulsive behavior
I	Interventions en soins infirmiers	Nursing care, nurse
C	_____	_____
O	Accompagnement intégratif de qualité	Social support

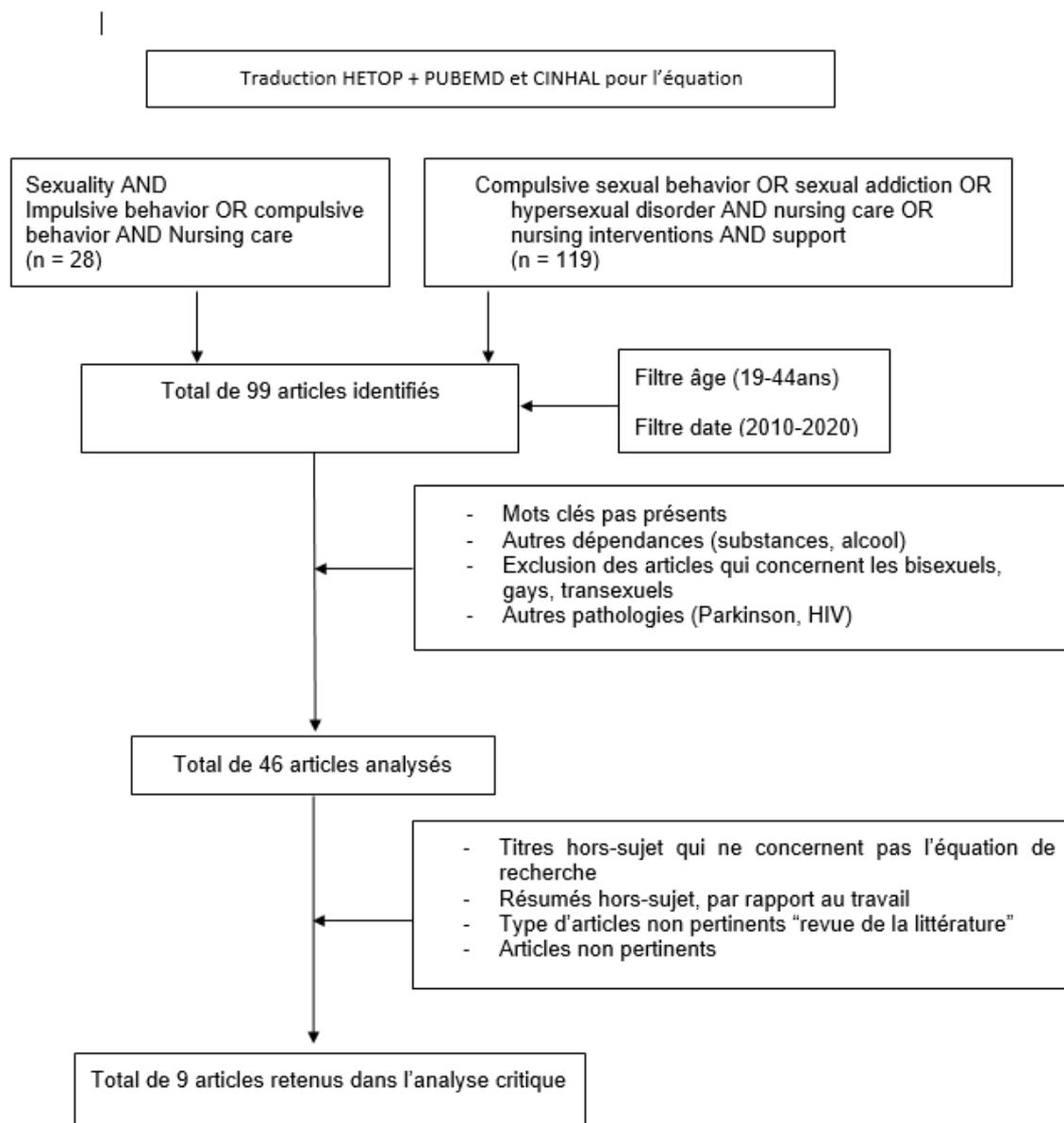
Les principales équations de recherche utilisées sont :

- Sexuality AND Impulsive behavior NOT Drug users NOT HIV NOT Parkinson (filtre âge (19-44 ans)). Consulté sur Pubmed, en février 2020. Equation qui a identifié les 9 articles.

- Sexuality AND Impulsive behavior OR compulsive behavior AND Nursing care. Consulté sur Pubmed en Juin 2020. 28 articles ont été identifiés.
- Compulsive sexual behavior OR Hypersexuality AND nursing care OR nursing interventions AND support (filtre âge (19-44 ans), date (2010-2020)). Consulté sur Cinahl en Juin 2020. 119 articles identifiées.

5.2 Diagramme de flux

A l'aide de ce diagramme, s'illustre la démarche qui a permis la sélection des neufs articles utilisés pour ce travail.



6. Résultats

Les neuf articles présentés ci-dessous ont été obtenus après une analyse, parmi un large éventail d'articles scientifiques. Ces derniers ont été retenus pour leurs informations nécessaires à la réalisation de ce travail.

6.1 Analyse des articles

Article 1 : Skegg, K, Nada-Raja, S., Dickson, N. & Paul, C., 2010

Titre : *Perceived "Out of Control" Sexual Behavior in a Cohort of Young Adults from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study.*

Cette étude longitudinale a évalué les fantasmes, les pulsions sexuelles, le sentiment de perte de contrôle, les expériences sexuelles incontrôlables ainsi que les comportements sexuels dans une cohorte d'individus qui ont atteint l'âge de 32 ans.

L'étude a démontré que les femmes étaient plus susceptibles d'avoir eu plus de partenaires du sexe opposé, d'avoir des relations sexuelles par internet et une probabilité égale que celle des hommes d'avoir une attirance pour le même sexe. Alors que les hommes étaient plus susceptibles d'avoir payé pour du sexe hétérosexuel.

3.8% des participants considèrent que leurs expériences sexuelles incontrôlables avaient perturbé leur vie (3.8% des hommes et 1.7% des femmes). Ces expériences incontrôlables ont pu être expliquées, notamment, par des abus sexuels durant l'enfance.

Cette rare étude populationnelle a pu fournir, dans un échantillon représentatif de la population, des estimations empiriques des expériences sexuelles incontrôlables et de leurs relations avec les comportements sexuels et traits de personnalité.

Article 2 : Winters, J. Christoff, K. & Gorzalka, B.B., 2010

Titre : *Dysregulated Sexuality and High Sexual Desire : Distinct Constructs ?*

La présente étude a produit une enquête exhaustive sur le web qui a réuni au total 14'396 intervenants, dont 55,1% étaient des femmes et 44,9% des hommes. Parmi toutes ces personnes, le point commun était le suivant : toutes avaient auparavant déjà tenté de trouver un traitement adéquat pour leur CSC, leur dépendance ou leur impulsivité.

Cette étude avait pour but de clarifier la relation entre une sexualité dysrégulée et un désir sexuel accru.

Pendant la recherche, 3 hypothèses ont été formulées. Premièrement, il était dit que toute personne ayant aspiré à traiter ses CSC, sa dépendance et son impulsivité, contrairement

aux autres, aurait un score prédominant quant à la mesure de ses pulsions et désirs sexuels. Deuxièmement, il était supposé que toute pulsion sexuelle serait étroitement liée aux désirs sexuels. Dans ce cas, il n'y aurait pas de différences entre hommes et femmes ni entre les personnes ayant tenté de traiter leur CSC ou non. Troisièmement, il fût pensé qu'une analyse des variables, pulsion et désir, servirait à découvrir une solution quant à un facteur des CSC.

Article 3 : Miner M. H., Romine, R. S., Raymond, N., Janssen, E., MacDonald, A. & Coleman, E., 2016

Titre : *Understanding the Personality and Behavioral Mechanisms Defining Hypersexuality in Men Who Have Sex With Men.*

Cette étude a cherché à étudier les facteurs de personnalité ainsi que les mécanismes comportementaux qui sont avisés lorsque des homosexuels ou des HSH souffrent d'hypersexualité.

Il aura fallu prendre un échantillon de 242 hommes répondant aux deux critères cités ci-dessus. À la totalité de ces personnes, un inventaire d'auto-déclaration a été donné dans le but d'évaluer leur émotions positives et/ou négatives, leur inhibition comportementale et/ou sexuelle, leur impulsivité ainsi que leur excitation sexuelle.

En somme, l'étude a révélé le lien établi entre l'hypersexualité et la réactivité émotionnelle, la prise de risque et l'impulsivité. À l'inverse de l'activation et l'inhibition des mécanismes comportementaux généraux, celui d'excitateurs et d'inhibiteurs sexuels sont influencés par le manque de contrôle du comportement sexuel.

Article 4 : Carvalho, J., Stulhofer, A., Vieira, A. L. & Jurin, T., 2015

Titre : *Hypersexuality and High Sexual Desire : Exploring the Structure of Problematic Sexuality : The Journal of Sexual Medicine*

Les pensées et les fantasmes sexuels sont récurrents et intrusifs. Les comportements sexuels excessifs et l'incapacité à contrôler sa sexualité malgré les conséquences négatives ont été conceptualisés sous la rubrique de l'hypersexualité. Ce groupe de symptômes n'est cependant pas nouveau ; des excès de comportements sexuels entraînant des résultats personnels et/ou sociaux négatifs ont été décrits au fil des ans. Un échantillon en ligne de 4'597 hommes et femmes, âgés de 18 à 60 ans, a été analysé par un indicateur sommatif composé des éléments qui suivent : l'utilisation fréquente de la pornographie entraîne une diminution de l'intérêt pour le sexe réel, la pornographie perturbe la proximité émotionnelle et l'intimité entre les partenaires et l'utilisation à long terme de la pornographie a des

conséquences négatives. L'objectif de la présente étude était d'explorer systématiquement le chevauchement entre la sexualité problématique et le haut désir sexuel.

Par la suite, une enquête communautaire en ligne a été réalisée dans laquelle des participants de groupes significatifs ont été comparés pour leurs caractéristiques psychosociales. Cette dernière a permis, d'une part, l'analyse de groupes complémentaires (GC) et, de l'autre, l'analyse factorielle multigroupe (AFM).

Article 5 : Barkley-Levenson, Xue, Droutman, Miller, Smith, Jeong, Lu, Beehara & Read, 2018

Titre : *Prefrontal Cortical Activity During the Stroop Task : New Insights into the Why and the Who of Real-World Risky Sexual Behavior.*

Les comportements sexuels à risque chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), c'est-à-dire les relations anales sans préservatif, restent fréquents malgré leur rôle dans l'augmentation du risque d'infections sexuellement transmissibles (IST), y compris l'infection par le VIH. Nombreux sont les aspects psychologiques, socioculturels, et les facteurs environnementaux qui contribuent aux décisions sexuelles à risque chez les HSH séronégatifs, notamment la recherche de sensations fortes, le faible statut socio-économique, la consommation de drogue et d'alcool, le nombre de partenaires, la stigmatisation, le rejet de la famille et le fait de résider dans un environnement urbain.

Les résultats suggèrent que le cerveau des hommes qui ont un comportement sexuel à risque peut utiliser une distribution des ressources cognitives différente pendant les tâches de fonctionnement exécutif de celle des hommes qui pratiquent le sexe protégé, et que cela peut être lié à des différences dans le système corticale fronto-insulaire responsable du contrôle des impulsions.

Article 6 : Reid, Garos, Carpenter & Coleman, 2011

Titre : *A Surprising Finding Related to Executive Control in a Patient Sample of Hypersexual Men.*

Les patients qui demandent de l'aide pour un comportement hypersexuel présentent souvent des caractéristiques d'impulsivité, de rigidité cognitive et de mauvais jugement, ainsi que des déficits dans la régulation des émotions et une préoccupation excessive pour le sexe. Certaines de ces caractéristiques sont également courantes chez les patients présentant une pathologie neurologique associée à un dysfonctionnement exécutif. L'exploration des relations entre le comportement sexuel dysrégulé et les déficits exécutifs permettra d'améliorer la compréhension de l'hypersexualité.

Ainsi, l'objectif de cette étude est de comparer le fonctionnement exécutif d'un échantillon d'hommes hypersexuels avec un échantillon communautaire de témoins sains à l'aide de plusieurs évaluations neuropsychologiques standardisées.

Des comparaisons de groupes ont été examinées, ce qui a permis de constater des différences significatives dans les mesures de l'hypersexualité. En utilisant l'auto-évaluation les groupes n'ont pas montré de différences significatives entre tous les tests neuropsychologiques du fonctionnement exécutif.

Article 7 : Wéry, A., Vogelaere, K., Challet-Boujou, G., Poudat, F.-X., Caillon, J., Lever, D., Billieux, J. & Grall-Bronnec, M., 2016

Titre : *Characteristics of self-identified sexual addicts in a behavioral addiction outpatient clinic.*

Cette étude qualitative décrit les différentes caractéristiques (sociodémographiques, les comorbidités et les habitudes sexuelles) chez des personnes qui s'auto-identifient avec des CSC.

Au total ce sont 72 personnes d'un département de toxicomanie et psychiatrique. Pour répondre aux critères de l'étude, tous sont à la recherche d'un traitement. Ils doivent avoir plus de 16 ans et correspondre aux critères du CSC selon l'échelle de SAST.

Toutes ces données ont pu être recueillies grâce à des entretiens et des mesures d'auto-évaluation.

Les résultats ont indiqué des profils hétérogènes, découlant des différentes causes, conséquences, des comorbidités psychiatriques et/ou addictives en lien avec les CSC. L'étude montre qu'il est nécessaire d'amener de nouvelles interventions thérapeutiques face à la complexité de ce comportement addictif.

Les chercheurs ont observé avec cette étude, et bien d'autres, que les CSC sont les résultats d'une stratégie d'adaptation face à une souffrance psychologique ou des évènements de la vie.

Le questionnaire a pu être compromis par les réponses des personnes qui ne sont pas disposées à signaler certains comportements.

Article 8 : Efrati, Y. & Gola, M., 2018

Titre : *Understanding and predicting profiles of compulsive sexual behavior among adolescents.*

Cette étude a regroupé les adolescents dans trois groupes pour pouvoir mieux comprendre les CSC.

Les trois groupes sont : l'absentéisme (53.8%), les fantasmes sexuelles (34.2%) et les adolescents atteints de CSC (12%). Dans ce dernier groupe, les chercheurs ont constaté, par rapports aux deux autres groupes, un taux plus élevé d'attachement de type anxieux, de sentiment de solitude et de névrotisme.

L'étude démontre le rôle des CSC chez les adolescents. Ils permettent de faire face aux émotions négatives, de compenser l'attachement insécuré, de faire face à la solitude et de lutter contre le stress/dépression et/ou créer des contacts sociaux.

Bien que l'adolescence ne représente pas le type d'âge de ce travail, cette étude a permis de comparer les caractéristiques des CSC dans cette tranche d'âge.

Article 9 : Blain, L. M., Muench, F., Morgenstern, J., & Parsons, J. T., 2012

Titre : *Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior.*

Le fondement de cette étude était de tenter d'établir une corrélation entre les comportements sexuels compulsifs et l'abus sexuel envers un enfant vis-à-vis d'autres types d'agressions sur un enfant. En outre, celle-ci cherchait à mettre en évidence le rôle que joue le syndrome de stress post traumatique (SSPT) chez les personnes souffrant de CSC et ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles étant enfant. Finalement, l'étude a délimité les différences cliniques entre les personnes ayant vécu ou pas des abus sexuels étant enfant.

Cette étude s'est faite auprès de 182 hommes avec des CSC, tous étant soit homosexuels soit bisexuels.

Il y a été constaté que la gravité de l'abus sexuel sur un enfant a, en effet, de l'influence sur les CSC et que, par conséquent, cela entraîne des comorbidités cliniques bien plus grave que chez ceux qui n'en n'ont pas subi. Néanmoins, il fût démontré que le SSPT n'a pas un impact majeur sur les CSC, bien qu'il soit constaté qu'il y a un lien avec une prise risque sexuelle accrue.

6.2 Tableau comparatif

Article	Type d'étude	Méthode	Résultats obtenus	Les limites	Commentaires
Année	But de l'étude	d'intervention			
Lieu	Population				
<p>Article 1</p> <p>2010</p> <p>Département de psychologie, Université de médecine d'Otago, nouvelle-Zélande</p>	<p>Étude longitudinale :</p> <p>Les participants de l'étude étaient vus à l'âge de 3 ans, puis tous les 2 ans jusqu'à leurs 15 ans, ensuite à 18, 21, 26 et 32 ans.</p> <p>Le but est de pouvoir observer de la naissance jusqu'à l'âge adulte, la construction des fantasmes, des pulsions et des comportements sexuels incontrôlables</p> <p>N= 940, une cohorte de personnes qui sont nées à Dunedin, en Nouvelle-Zélande. La population cible devait être née entre 1972 et 1973 et devait vivre dans la province d'Otago.</p>	<p>Série de questions par ordinateur, pour se renseigner sur les fantasmes, les pulsions, les expériences sexuelles (violence, consentement) et le comportement des membres de l'étude.</p>	<p>13% hommes, 7% des femmes ont déclaré avoir eu des pertes de contrôle dans leurs expériences sexuelles.</p> <p>2,8% de l'échantillon total estime que la plupart des cas concerne des fantasmes ou des pulsions plutôt que des comportements.</p> <p>0.8% des hommes et 0.6% des femmes ont indiqué que leurs comportements sexuels avaient perturbé leur vie.</p> <p>Les personnes qui ont été abusées sexuellement durant l'enfance ont tendance à avoir des difficultés à la régulation des affections, une perte de contrôle et une impulsivité.</p>	<p>Les chercheurs ne se sont pas renseignés sur la nature des pulsions, des fantasmes et des comportements perçus comme incontrôlables.</p> <p>Par ailleurs, les comportements sexuels n'ont pas été identifiés.</p>	<p>L'étude montre que les CSC sont peu susceptibles de se produire et qu'il s'agit d'un cas rare lorsqu'il devient néfaste dans la vie de l'individu.</p> <p>Cette étude empirique montre qu'elle a pu récolter des informations, par des questions généralisées sans que cela comprenne directement et uniquement la sexualité.</p>

Article	Type d'étude	Méthode d'intervention	Résultats obtenus	Les limites	Commentaires
<p>Article 2</p> <p>2010</p> <p>Département de psychologie, Université de Columbia, Canada</p>	<p>Étude randomisée qui comprend deux groupes, ceux qui sont à la recherche d'un traitement pour leurs comportements et désirs sexuels et ceux qui ne le recherchent pas.</p> <p>Le but est d'identifier la relation entre les comportements sexuels et les désirs sexuels</p> <p>N= 14 396, dont 55.1% étaient des femmes et 44.9% des hommes.</p>	<p>Le recrutement s'est fait par des publicités qui décrivaient l'ensemble du projet de l'étude.</p> <p>L'enquête s'est faite en ligne et comprenait des questions démographiques (âge, origine religion, etc.) et sur certaines variables de la sexualité (identité sexuelle, attirance, expérience, etc.)</p>	<p>Les Hommes qui sont à la recherche d'un traitement pour leurs CSC présentent un score plus élevé sur l'excitation et le désir sexuel.</p> <p>Les résultats des demandeurs de traitement indiquent que les participants sont caractérisés par une insuffisance sexuelle, une augmentation de l'activité sexuelle. Ils sont également susceptibles de rester sexuellement excités malgré les conséquences et les risques sexuels (IST, grossesse).</p>	<p>La grande majorité des participants de l'étude se sont fait recrutés sur le Web. Ce qui concerne donc une population plus jeune.</p> <p>Le questionnaire - fait uniquement par le biais de l'internet - ne permet pas d'avoir une validité fiable des réponses car tout le monde peut y répondre.</p> <p>Une différenciation dans le groupe qui cherche un traitement aurait dû être faite pour distinguer ceux qui ont pu réussir le traitement, ceux qui ne l'ont pas encore fait et ceux qui le suivent actuellement.</p>	<p>Les résultats de cette étude montrent les grandes caractéristiques de ceux qui recherchent un traitement pour leur sexualité dérégulée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un désir sexuel élevé. - Une inhibition sexuelle plus faible. - Des besoins sexuels non satisfaisants.

Article	Type d'étude	Méthode d'intervention	Résultats obtenus	Les limites	Commentaires
<p>Article 3</p> <p>2016</p> <p>Université du Minnesota, Minneapolis, MN, USA.</p>	<p>Étude transversale qui comprend deux groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N=93, dans le groupe d'hypersexualité. - N= 149, dans le groupe témoin. <p>Le but est d'étudier les facteurs de personnalité et les comportements pertinents dans l'hypersexualité chez les HSH.</p> <p>N= 242, les participants sont des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.</p> <p>Un entretien a été fait, afin de répartir les participants dans deux groupes.</p>	<p>Les membres de l'étude devaient avoir plus de 18 ans et être sexuellement actifs au cours des 90 dernières journées.</p> <p>Les participants ont dû répondre à des instruments d'auto-évaluation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leurs caractéristiques démographiques. - Différentes échelles gravitant autour de la sexualité. - Une échelle d'impulsivité. - Une échelle du TDAH. - Un test sur l'utilisation de drogues. 	<p>Dans le groupe d'hypersexualité, les résultats ont montré une forte névrose, de l'impulsivité et la prise de risques sexuels.</p> <p>Les caractéristiques identifiées dans l'hypersexualité sont une excitation élevée et une diminution, voire un manque du contrôle inhibiteur.</p>	<p>Cette étude ne correspond pas à notre population cible, mais les HSH sont très présents dans les études en lien avec les troubles sexuels.</p>	<p>L'étude suggère que l'hypersexualité est une stratégie qui permet de faire face aux émotions négatives.</p> <p>Cette étude permet de mieux comprendre les conséquences des CSC par le biais du manque de contrôle inhibiteur qui favorise la prise de risque.</p>

Article	Type d'étude	Méthode	Résultats obtenus	Les limites	Commentaires
Année	But de l'étude	d'intervention			
Lieu	Population				
Article 4 2015 International Society for Sexual Medicine	<p>Étude transversale</p> <p>L'objectif de la présente étude était d'explorer systématiquement le chevauchement entre la sexualité problématique et le haut désir sexuel.</p> <p>Un échantillon en ligne de 4'597 hommes et femmes âgés de 18-60 ans (Moyenne d'âge = 31,1, écart-type [SD] = 9,67) a été utilisé dans cette étude.</p>	<p>Une enquête communautaire en ligne a été réalisée en Croatie en 2014. Les données ont d'abord été analysées (par sexe), sur la base du désir sexuel, de l'activité sexuelle, du manque perçu de contrôle sur sa sexualité et des conséquences des comportements négatifs.</p> <p>Des indicateurs : le désir, la fréquence de l'activité sexuelle, le manque de contrôle sur sa sexualité et les résultats négatifs sur le plan du comportement. Des caractéristiques psychosociales telles que la religiosité, les attitudes à l'égard de la pornographie et la psychopathologie générale étaient également évaluées.</p>	<p>Groupe Contrôle a souligné l'existence de deux groupes significatifs, l'un représentant la sexualité problématique, c'est-à-dire le manque de contrôle de sa sexualité et des résultats négatifs (groupe contrôle/conséquences), et l'autre reflétant un fort désir sexuel et une activité sexuelle fréquente (groupe désir/activité). Par rapport au groupe "désir/activité", les individus du groupe contrôle/conséquences présentaient davantage de psychopathologies et étaient caractérisés par plus d'attitudes traditionnelles.</p> <p>L'analyse AFM a mis en évidence deux dimensions latentes distinctes, à savoir la sexualité dite problématique et le désir/activité sexuel(le) élevé.</p>	<p>Le biais d'auto-sélection a probablement entraîné des participants plus libéraux et plus ouverts à des expériences sexuelles que la gamme générale de la population.</p> <p>Il convient de noter qu'une proportion importante des participants ne se sont pas identifiés comme exclusivement hétérosexuels.</p> <p>Cet apparent biais de sélection des volontaires peut avoir influencé les résultats. Enfin, le fait que l'étude a été annoncée comme étant axée sur l'utilisation de la pornographie et la santé sexuelle a probablement biaisé le recrutement en faveur des participants familiers avec la pornographie.</p>	<p>Cette étude soutient le caractère distinctif de l'hypersexualité et du désir/activité sexuel(le) élevé, suggérant que la sexualité problématique pourrait être davantage associée au manque perçu de contrôle personnel sur la sexualité et à des attitudes moralisatrices qu'à des niveaux élevés de désir et d'activité sexuelle</p> <p>De multiples facteurs étiologiques peuvent conduire à une sexualité problématique (certains pouvant être liés à une psychopathologie non sexuelle, d'autres vraisemblablement associés à des dysfonctionnements de l'information et de la difficulté de communication).</p>

Article	Type d'étude	Méthode d'intervention	Résultats obtenus	Les limites	Commentaires
<p>Article 5</p> <p>2018</p> <p>Society of Behavioral Medicine</p>	<p>Étude de cohorte randomisée</p> <p>Cet article cherche à étudier la relation entre les fonctionnements neuronaux pendant la tâche Stroop et les comportements, ainsi que l'effet des différences individuelles dans l'impulsivité (positive et négative).</p> <p>Tous les participants qualifiés étaient âgés de 18 à 30 ans et ont déclaré avoir eu des relations sexuelles anales au cours des 90 derniers jours, étant séronégatifs, ils n'ont pas fait l'objet de diagnostics neurologiques, n'étaient pas des buveurs excessifs et répondaient à toutes les exigences de sécurité pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM).</p>	<p>L'analyse actuelle fait partie d'une étude plus vaste qui a utilisé des annonces sur Internet pour recruter un échantillon de la communauté.</p> <p>Au total, 105 hommes sexuellement actifs ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ont effectué la tâche Stroop lors d'un examen d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle. Ils ont également réalisé des inventaires d'impulsivité et ont déclaré leur comportement sexuel à risque (rapports sexuels anaux sans préservatif dans les 90 derniers jours).</p>	<p>Dans une situation sexuelle réelle, les différences individuelles dans le fonctionnement des cadres peuvent interagir avec d'autres systèmes neuronaux, tels que les états d'urgence élevée ou les comportements de recherche habituels/récurrents qui ne sont pas présents.</p> <p>Cette échelle d'auto-évaluation pourrait être utile pour identifier les individus ayant plus de probabilité de s'engager dans une relation avec des risques concomitants de contracter le VIH et d'autres IST.</p>	<p>L'incorporation d'une mesure continue du nombre de cas, associée à d'autres variables du comportement sexuel (nombre de partenaires, utilisation de la prophylaxie préexposition), permettra une compréhension plus nuancée de la neurocognition qui sous-tend la prise de risques sexuels.</p> <p>En outre, la tâche Stroop ne saisit que certains aspects de la résolution des interférences, qui peut ne pas refléter les processus cognitifs les plus saillants de la situation sexuelle.</p>	<p>Les conclusions suggèrent que le cerveau des hommes qui ont un comportement sexuel à risque peut distribuer les ressources cognitives de manière distincte lors des tâches de la fonction exécutive par rapport aux hommes qui pratiquent des rapports sexuels protégés, et que cela peut être dû à des différences dans le système cortical/fronto-insulaire préfrontal responsable de certains aspects du fonctionnement exécutif, de la surveillance des tâches et du contrôle cognitif, qui pourraient alors bénéficier d'interventions ciblées telles que la prophylaxie préexposition.</p>

Article	Type d'étude	Méthode d'intervention	Résultats obtenus	Les limites	Commentaires
<p>Article 6</p> <p>2011</p> <p>International Society for Sexual Medicine</p>	<p>Étude de cas-témoin</p> <p>Cas : N = 30</p> <p>Témoins : N = 30</p> <p>Cette étude a cherché à évaluer si les patients cherchant de l'aide pour un comportement hypersexuel présentent des déficits exécutifs. Mesuré par des tests neuropsychologiques standardisés du fonctionnement exécutif par rapport à des témoins sains.</p> <p>L'échantillon de patients dans cette étude était composé d'hommes qui cherchaient un traitement pour un comportement hypersexuel à l'extérieur des cliniques situées principalement à Los Angeles, en Californie.</p>	<p>Les déficits exécutifs ont été évalués dans un échantillon de patients de sexe masculin (N = 30) cherchant de l'aide pour des problèmes d'hypersexualité</p> <p>Par rapport à un échantillon d'hommes de la communauté non hypersexuelle (N = 30) en utilisant des tests neuropsychologiques de fonctionnement exécutif. En utilisant des statistiques multivariées, les différences entre les groupes ont été examinées.</p>	<p>Des différences significatives sur les mesures de l'hypersexualité ont été observées.</p> <p>Toutefois, les groupes n'ont pas présenté de différences significatives entre les tests neuropsychologiques du fonctionnement exécutif, même après un contrôle des capacités cognitives.</p> <p>L'absence de déficit des cadres suggère que cette population peut présenter des aspects spécifiques à un domaine spécifique de l'impulsivité, le manque de jugement et les comportements à risque qui ne sont pas généralisables à d'autres domaines de la vie.</p>	<p>La petite taille de l'échantillon et l'absence de variation ethnique limite la généralisation des résultats.</p> <p>En outre, la religion peut être une variable modératrice pertinente dans les enquêtes sur les questions sexuelles et un petit nombre de sujets ont été recrutés dans une région religieusement conservatrice.</p> <p>L'absence de prise en compte des différences potentielles des conclusions qui pourraient être attribuées à l'intersection du sexe et des croyances religieuses, telles que les attitudes sexuelles restrictives, pourrait être considérée comme une limitation de cette recherche.</p>	<p>Ces résultats contredisent une constatation antérieure de déficits de cadres chez les hommes hypersexuels, mesurée par l'auto-évaluation. L'absence de déficit des cadres suggère que cette population peut présenter des aspects spécifiques dans des domaines (l'impulsivité, le manque de jugement et les comportements à risque) qui ne sont pas généralisables à d'autres domaines de la vie. En outre, les résultats ne permettent pas d'étayer une conceptualisation du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition, de proposer un trouble hypersexuel basé sur des modèles de dysfonctionnement exécutif.</p>

<p>Article</p> <p>Année</p> <p>Lieu</p>	<p>Type d'étude</p> <p>But de l'étude</p> <p>Population</p>	<p>Méthode d'intervention</p>	<p>Résultats obtenus</p>	<p>Les limites</p>	<p>Commentaires</p>
<p>Article 7</p> <p>2016</p> <p>Département d'addictologie et psychiatrique, Nantes, France.</p>	<p>Étude descriptive</p> <p>Le but de cette étude est de décrire les différentes caractéristiques (sociodémographiques, les comorbidités et les habitudes sexuelles) chez des personnes qui s'auto-identifient avec des CSC.</p> <p>N=72, des patients d'un département de toxicomanie et psychiatrique. Pour répondre au critère de l'étude, tous sont à la recherche d'un traitement, ils doivent avoir 16 ans ou plus et correspondre au critère du CSC selon le SAST.</p>	<p>Les participants ont participé à des entretiens et des mesures d'auto-évaluation dans ce centre ambulatoire.</p>	<p>Les résultats ont indiqué des profils hétérogènes, du fait des différentes causes, conséquences et des comorbidités psychiatriques et/ou addictives en lien avec les CSC.</p>	<p>Les limites de cette étude, sont qu'elle n'est pas représentative. En effet, elle ne généralise pas les résultats selon les autres cultures ou chez des personnes qui ne recherchent pas de traitement.</p> <p>Le questionnaire a pu être compromis par les réponses des personnes qui ne sont pas disposées à signaler certains comportements.</p>	<p>L'étude montre qu'il est nécessaire de promouvoir des interventions thérapeutiques face à la complexité de ce comportement addictif.</p> <p>Les chercheurs ont observé par cette étude et par d'autres que les CSC sont le résultat d'une stratégie d'adaptation face à une souffrance psychologiques ou des évènements de la vie.</p>

Article	Type d'étude	Méthode d'intervention	Résultats obtenus	Les limites	Commentaires
<p>Article 8</p> <p>2018</p> <p>Institut de psychologie en Pologne, faculté d'éducation et de la culture en Israël et institut neuroscience à San Diego aux USA.</p>	<p>Étude empirique</p> <p>Le but de cette recherche est de définir et prédire les profils des CSC.</p> <p>N= (1182), dans l'étude N°1.</p> <p>N= (618), dans l'étude N°2.</p>	<p>Cet article comprend deux études.</p> <p>Étude N°1 : les chercheurs ont examiné les profils de CSC chez les adolescents à l'aide d'une analyse de profil.</p> <p>Étude N°2 : avec les résultats de la 1^{ère} étude, les chercheurs ont voulu examiner les différents groupes sur leurs traits de personnalité, état émotionnel et sur leurs statuts sociodémographiques.</p>	<p>Étude N°1, afin de mieux comprendre les CSC, les chercheurs ont regroupé les adolescents dans trois groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les absentéismes (53.8%). - Ceux avec des fantasmes sexuels (34.2%). - Et les adolescents souffrant de CSC (12%). <p>L'étude N°2 révèle, dans le groupe des adolescents souffrant de CSC, la présence d'un taux élevé d'attachement de type anxieux, de sentiment de solitude et de névrotisme.</p>	<p>Bien que l'adolescence ne représente pas le type d'âge de ce travail, cette étude a permis de comparer les caractéristiques des CSC de cette tranche d'âge avec les jeunes adultes.</p>	<p>L'étude démontre le rôle des CSC chez les adolescents. Ils permettent de faire face aux émotions négatives, de compenser l'attachement insécuritaire, de faire face à la solitude et de lutter contre le stress/la dépression et/ou de créer des contacts sociaux.</p>

Article Année Lieu	Type d'étude But de l'étude Population	Méthode d'intervention	Résultats obtenus	Les limites	Commentaires
<p>Article 9</p> <p>2012</p> <p>Université de New</p>	<p>Étude diagnostique</p> <p>Le but de cette étude est d'examiner l'association entre le rôle de l'abus sexuel durant l'enfance et des CSC.</p> <p>N= (182) hommes gais et bisexuels qui signalent avoir des CSC.</p>	<p>Les participants ont participé à un entretien téléphonique avec des questionnements sur les traumatismes dans l'enfance, des échelles post-traumatiques et une évaluation de l'anxiété.</p>	<p>39% ont déclaré avoir subi un abus sexuel ou une maltraitance durant l'enfance. Malgré une prévalence élevée de cas, ces résultats ne peuvent pas être significativement liés aux CSC.</p>	<p>L'étude ne concerne pas notre population cible, mais s'intéresse aux facteurs de risque des CSC.</p> <p>Cette étude ne permet pas de généraliser la population. En effet, elle ne comprend que les individus qui identifient une perte de contrôle dans leurs comportements sexuel.</p>	<p>Les chercheurs constatent que l'abus sexuel représente un facteur de risque possible dans les CSC, mais que les symptômes dépressifs et l'anxiété sont plus présents chez les CSC et que cela doit être inclus dans le traitement de ces personnes.</p>

6.3 Tableau synoptique

Après avoir examiné les neuf articles, un tableau synoptique a été réalisé dans le but de regrouper les thématiques principales et les résultats abordés dans ces derniers. Ce tableau permet de voir les zones de convergences et de divergences entre les différents articles et permet ainsi d'identifier les axes développés ou au contraire peu abordés.

Quatre thématiques ressortent principalement dans les articles : les populations cibles, les comportements observés, les causes et les conséquences.

Thématiques	Concepts principaux	Aspects	Art. 1	Art. 2	Art.3	Art. 4	Art. 5	Art. 6	Art. 7	Art. 8	Art. 9
Les populations à risque	Enfants ayant subi des abus sexuels	Homme	X					X	X		
		Femme	X					X	X	X	X
	HSH			X		X					X
	LGBTIA	Gay & lesbienne	X	X	X			X			X
Les comportements	Dépendance	Les comportements sexuels		X	X	X	X	X	X	X	X

	Stratégie face au stress	Recherche bien-être		X	X				X	X	X
Les causes	Les facteurs déclenchants	Facteurs internes			X		X	X		X	X
		Facteurs externes	X			X	X	X	X	X	X
	Recherche du bien-être	Éducation thérapeutique, traitement	X	X	X	X	X	X	X	X	
Les conséquences	Estime de soi	Culpabilité		X		X	X			X	
		État émotionnel		X	X	X	X	X	X	X	X
	Impact sur la santé	Prise de risque		X	X	X	X	X			
	Impact sur la vie	Impact social	X	X	X	X	X	X	X	X	

7. Discussion

La discussion qui va suivre a pour objectif de mettre en lumière la thématique de l'addiction sexuelle et particulièrement de l'accompagnement de ces personnes en souffrance, cela au travers des études analysées ainsi qu'au regard de la théorie sur les approches comportementales de Johnson. Dans un souci de clarté, la discussion sera structurée de façon à reprendre les 4 grandes thématiques représentées dans le tableau synoptique ainsi que leurs sous-thèmes.

7.1 Synthèse de quatre thématiques

7.1.1 Les populations à risque

Après lecture et analyse de divers articles, il a été constaté qu'une certaine population se démarquait d'avantage que les autres. Ces personnes sont les suivantes :

- HSH : Il ressort de l'analyse des articles identifiés par l'équation de recherche, que les HSH constituent la grande majorité des populations cibles de ces articles. Selon les études de Miner (2016) et de Barkley-Levenson (2018), les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont plus susceptibles de présenter des complications telles que des IST et le VIH par des rapports sexuels non protégés. Les facteurs qui peuvent contribuer à ces comportements sexuels sont nombreux (consommation de drogue et d'alcool, recherche de sensation forte, faible statut socio-économique et partenaires multiples). Ces études montrent également que cette population présente un niveau de stress et d'anxiété plus élevé que les non HSH.
- LGBTIA : Selon les études de Reid et al. (2011) et d'Efrati Y et Gola, M (2018), les individus de cette communauté sont potentiellement plus à risque de souffrir d'anxiété, d'idées noires et de dépression à cause du risque de sentiment de solitude (différence), d'isolement (rejet proche). La sexualité représenterait pour eux une stratégie d'adaptation face à tous ces éléments douloureux.
- Personnes ayant subi des abus sexuels durant l'enfance : selon l'étude de Blain L. (2012), il est constaté que l'abus sexuel durant l'enfance n'a pas un impact majeur sur les CSC, à part la prise de risque qui entraîne à son tour des comorbidités cliniques plus graves, en comparaison avec des personnes n'ayant pas été victimes d'abus sexuels.

7.1.2 Les comportements

Toutes les addictions nécessitent une compréhension en tenant compte de certains éléments.

- **Usage** : usage normal du comportement sexuel
- **Abus** : usage excessif du comportement sexuel
- **Dépendance** : un processus physiologique par lequel une personne développe une tolérance au comportement sexuel
- **Addiction** : une dépendance physiologique et psychologique au comportement. C'est un ensemble de mécanismes de défense, de comportements et d'attitudes qui sont mis en place inconsciemment pour protéger son comportement sexuel.

D'après nos recherches et notre réflexion, nous estimons que les individus souffrant d'addiction vont rentrer dans un cycle de l'addiction qui comporte quatre phases importantes :

- L'**obsession** : les pensées de l'individu dépendant du sexe sont focalisées sur la satisfaction de ses besoins sexuels. Une majeure partie de son temps va être consacré à la préparation et à l'exécution d'activités sexuelles.
- La **ritualisation** : des comportements routiniers sont développés sous forme d'actes ritualisés qui amènent aux CSC. Les rituels soutiennent et maintiennent l'excitation, les fantasmes.
- Les **CSC** : c'est la répétition incontrôlable du comportement sexuel addictif.
- Le **désespoir** : c'est l'apparition d'un sentiment d'impuissance face au comportement addictif. C'est souvent dans cette phase-ci que les personnes recherchent de l'aide auprès du personnel soignant ou des proches.

Cependant, c'est souvent en s'engageant à nouveau dans un cycle addictif que les individus atténuent la souffrance du désespoir. On peut donc appeler cela un cercle vicieux et l'addiction y est auto-entretenu.

Néanmoins, nos recherches ont démontré que certains comportements ressortaient plus dans les cas d'addiction sexuelle. En effet, chaque article, se basant sur différentes études, énonce de multiples comportements qui sont considérés comme étant prédictif d'une possible addiction sexuelle. Parmi ces comportements, on retrouve principalement la masturbation, la pornographie et le sexe anonyme avec les multiples partenaires sexuels.

L'addiction sexuelle sert à obtenir une satisfaction immédiate. En effet, les personnes souffrant d'addiction ont un mauvais contrôle de leurs impulsions et un manque de conscience de leurs addictions. La honte, la culpabilité, les remords et le désespoir suivent

presque toujours le passage à l'acte des CSC. Ces comportements sont dits excessifs de par leur temporalité et leur l'impact sur les AVQ.

7.1.3 Les causes

La grande majorité des articles sélectionnés mentionnent les facteurs qui engendrent l'addiction sexuelle. Cette pathologie peut être directement favorisée à la suite d'évènements extérieurs qui englobent l'environnement ou par des facteurs d'origine interne. Dans les deux cas, l'environnement joue un rôle important sur les facteurs déclenchants de l'addiction sexuelle.

Les études de Reid et al. (2011), de Skegg et al. (2009) et Efrati et Gola (2018), démontrent que les traits de personnalité tels que l'impulsivité, le déficit dans la régulation des émotions, une préoccupation excessive pour le sexe et une rigidité cognitive sont souvent présents chez les personnes souffrant de CSC.

L'addiction sexuelle est donc une réponse de la personne, représentée par des comportements qui amènent à une stratégie d'adaptation de l'individu à son environnement. L'aspect social (solitude, entourage insécuré) et l'état émotionnel sont deux aspects importants permettant de mieux comprendre la personne et d'apporter une meilleure prise en soins. Cependant, il ne faut pas mettre de côté ce que l'addiction sexuelle peut provoquer chez la personne qui en souffre. En effet, l'infirmière devra avoir une vision plus large chez la personne souffrant d'addiction sexuelle, elle ne devra pas seulement se focaliser sur l'addiction mais aussi investiguer en faisant une anamnèse et en ayant un raisonnement clinique sur les différents éléments récoltés à l'oral, par observation ou par examen clinique.

7.1.4 Les conséquences

L'environnement de la personne peut favoriser des CSC. Cependant, cette pathologie peut, elle aussi, impacter sur l'environnement de l'individu. Voici les deux dimensions qui entourent la personne :

- **L'impact social** : Les études de Winters et al. (2010), de Carvalho et al. (2015), de Barkley-Levenson et al. (2018) et d'Efrati et al. (2018), se sont questionnées sur la pertinence de leurs résultats. En effet, le tabou et le sentiment de honte que ressentent les personnes souffrant d'addiction sexuelle peuvent impacter sur les réels résultats des études, plus précisément sur les statistiques.
- **L'impact sur la santé** : Les études de Miner M et al. (2016), de Barkely-Levenson et al. (2018) et de Efrati et Gola (2018), démontrent que le principal aspect néfaste sur la santé de l'individu est la prise de risque.

7.2 Réflexion et développement

7.2.1 Cadre théorique

Le **modèle de système comportemental** de Johnson prend en compte plusieurs dimensions nécessaires au bien-être humain. En effet, il comprend des sous-systèmes qui sont en incessante adaptation afin qu'on puisse trouver un équilibre de santé. Selon Johnson, si l'un des sous-systèmes est défaillant ou mal développé, la personne n'atteindra pas un état de bien-être optimal. Les sous-systèmes dits défaillants dans l'addiction sexuelle sont l'accomplissement, la dépendance, l'appartenance et la sexualité.

C'est pourquoi, cette « défaillance » va amener un certain dysfonctionnement dans les comportements. Cela peut arriver à tout âge et à tout type de population et de classe sociale.

Les LGBTIA et les HSH sont à la recherche de nouvelles sensations et de nouvelles pratiques sexuelles. Nous avons remarqué que de nouvelles expériences sont considérées comme un risque qui pourrait potentiellement perturber l'équilibre des sous-systèmes. De plus, la communauté LGBTIA est beaucoup liée à l'identité de genre ou identité sexuelle. C'est-à-dire que l'identité de genre est le sentiment d'appartenance à son sexe biologique. Le rôle du genre assigne l'expression externe de la masculinité ou de la féminité. L'identité de genre peut également être décrite comme une perception qu'a une personne quant à son genre. Néanmoins, l'orientation sexuelle se rapporte à un schéma de l'excitation physique et émotionnelle de l'individu envers autrui. De plus, elle fait également référence aux attirances sexuelles d'une personne et à la conception de son identité personnelle et sociale.

En outre, les personnes ont des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance, avec des sentiments consécutifs de honte et de blessure de l'estime de soi. Les victimes d'abus sexuels se voient forcées de se construire avec ces émotions et ces sensations de crainte. Nous avons remarqué que des mécanismes de défenses tels que des conduites d'évitement et de contrôle de l'environnement se mettent alors en place. Cependant, l'association mémoire traumatique et victimologie (2015) dit que :

Les victimes découvrent très vite la possibilité de s'anesthésier émotionnellement grâce à des conduites dissociantes, c'est-à-dire à des conduites qui augmentent brutalement leur niveau de stress pour arriver à sécréter suffisamment de drogues dures endogènes ou des conduites qui renforcent l'effet des drogues endogènes grâce à une consommation de drogues exogènes (alcool, drogues, psychotropes à hautes doses (p.53).

On peut comprendre que ces conduites sont considérées comme des comportements à risque et des mises en danger tels que sur la route, le sport, les jeux dangereux, la

consommation de produits, les troubles alimentaires, les violences contre soi-même (automutilations), et en ce qui concerne notre sujet, les **prises en danger sexuelles**. Brusquement, ces comportements amènent à de véritables addictions, avec tous les risques qu'elles peuvent représenter pour la santé de la victime. Johnson a affirmé que le comportement est bouleversé par l'existence concrète ou implicite des autres êtres sociaux et relève de l'adaptation ou non de l'être humain. Les divers modes de comportement forment une unité fonctionnelle organisée et intégrée qui détermine et limite l'interaction entre l'individu et son environnement. Le système comportemental essaye d'aboutir à une stabilité et un équilibre grâce à une accommodation et adaptation efficaces face aux stimuli.

Par rapport aux **comportements sexuels compulsifs**, nous considérons, selon la théorie de Johnson, la masturbation compulsive comme étant une dépendance. En effet, la théorie lie la masturbation compulsive au besoin d'appui pour accomplir les activités de la vie quotidienne et/ou au besoin de soutien émotionnel. De plus, elle associe également la masturbation à un comportement d'accomplissement car, d'après elle, dans celui-ci l'individu n'a pas de maîtrise de soi, il ne connaît ni ses limites ni ses ressources.

La pornographie et le cybersexe amènent l'individu à accorder beaucoup plus de temps aux CSC qu'à autre chose. Ses CSC interfèrent quotidiennement avec ses AVQ. Par conséquent, il s'établit un déséquilibre dans le comportement d'attachement et d'affiliation car le bon maintien de ses relations sociales est compliqué (Beech, Miner & Thornton, 2016). En lien avec Johnson, le sexe anonyme et les multiples partenaires sexuels sont des comportements appelés agressifs/protecteurs de par le fait qu'ils visent à se protéger contre des menaces dites directes ou indirectes. Dans ce cas, la recherche de soulagement est si grande qu'elle renforce l'individu dans sa prise de risque, par exemple avec des relations sexuelles non protégées. Johnson constate également que dans le cas de sexe anonyme et/ou de multiples partenaires sexuels, le sujet recherche d'avantage le soulagement que le plaisir. Les pulsions priment sur toute autre besoin physiologique.

Selon le paradigme interactif-intégratif dont fait partie Johnson, l'infirmière va devoir évaluer les besoins de la personne. Par sa relation d'aide, son rôle est d'aider la personne à choisir des comportements qui puissent être compatibles avec la santé de la personne. C'est donc une intervention où le professionnel agit avec la personne. On peut imaginer que l'infirmière puisse proposer des objectifs tels qu'une diminution du nombre de fois que la personne exécute les CSC, progressivement voire jusqu'à l'arrêt.

L'infirmière ne doit donc pas se centrer uniquement sur l'aspect biomédical mais sur l'aspect biopsychosocial de l'individu.

L'addiction sexuelle peut, comme cité antérieurement, être directement **favorisée** à la suite d'évènements extérieurs, qui englobent l'environnement ou par des facteurs d'origine interne. Dans les deux cas, l'environnement joue un rôle important sur les facteurs déclenchants de cette pathologie.

En effet, en tenant compte de l'environnement de l'individu dans la prise en soins, qui selon Johnson est un stimulus externe, nous arriverons à comprendre la cause du dysfonctionnement des CSC.

Afin de faciliter la compréhension, Johnson détermine des exemples d'interactions de divers niveaux guidant un sous-système afin d'aboutir à un point donné d'équilibre avec les autres sous-systèmes. Nous comprenons, alors, que les sous-systèmes interagissent entre eux plutôt qu'individuellement. En effet, dans toute situation nouvelle, le système comportemental développe de nouvelles solutions qui seront variables et fluctuantes tout au long de la vie selon les stimuli extérieurs reçus (l'environnement). Le système comportemental est influencé par l'environnement. Cependant, il doit être capable de fonctionner distinctement des contraintes causées par l'environnement à travers le processus d'adaptation. Ce processus permet au système comportemental de maintenir son objectif dans les nouvelles situations.

De plus, Johnson estime que le **raisonnement**, qui est un principe de sa théorie, détermine les réponses engendrées par les sous-systèmes qui se développent et se modifient au fil du temps selon la maturité, les expériences et les apprentissages. Chaque individu est en constant changement, agissant alors sur son environnement mais également sur ses objectifs en fonction de ses propres besoins.

Les apprentissages, les expériences antérieures et les stimuli sociaux et physiques influencent le système comportemental. Ce système est un ensemble dont les actions et les réponses endurent toute une variété de stimuli environnementaux. Les schémas de réponses spécifiques à chaque personne constituent un ensemble et découlent d'une organisation, d'une interaction et une d'interdépendance entre chaque sous-système. La tentative d'un individu à raccommoier son équilibre peut solliciter une dépense ahurissante d'énergie qui peut laisser une déficience d'énergie pour la récupération.

L'accomplissement, qui est l'un des sous-systèmes, représente la maîtrise de soi et de l'environnement (Reed et Blaine, 1988). Si l'environnement de l'individu, lui engendre des émotions négatives (stress élevé, dépression et angoisse), il n'aura plus la maîtrise de soi et aura ce sentiment de perte de contrôle qui sera associé à cet état émotionnel. Les

comportements seront alors répétitifs jusqu'à devenir une dépendance pour la personne, la personne ne sera alors plus à la recherche du plaisir mais d'un bien-être.

L'autre-système est celui de la dépendance (Efrati & Gola, 2018), qui représente le comportement excessif de l'addiction sexuelle. Par le dérèglement de ce sous-système, l'individu va donc faire face à ces différents traits de personnalité névrotiques (dépression, stress), en ressentant le besoin d'avoir constamment un soutien émotionnel. Ce comportement peut être favorisé si les CSC de la personne ont comme but de lutter contre le sentiment de solitude, de compenser l'attachement insécurité et de créer des liens sociaux.

De plus, le sous-système d'affiliation est le fait d'appartenir à quelqu'un ou de posséder quelque chose différent de soi-même afin d'atteindre une intimité et une inclusion au sein d'une communauté. La création de lien coopératif et interdépendant est dysfonctionnelle quand les CSC sont présents, tout comme le partage des expériences et connaissances en gardant une perception narcissique afin d'atteindre l'intimité et l'inclusion à travers des buts individuels.

Dans le sous-système de l'élimination (Brewer & Tidy, 2019), la dépendance sexuelle est représentée par une stratégie d'adaptation pour faire face à un stress ou une situation traumatisante (abus sexuel).

De plus, le sous-système de la sexualité permet de développer une identité personnelle, du rôle et du genre, et inclut une vaste gamme de comportements et rôles sexuels. Le dysfonctionnement de ce sous-système amène à des CSC et à des conséquences qui peuvent être néfastes pour la vie des personnes souffrant d'addiction sexuelle.

D'un point de vue **social**, la sexualité est un sujet qui touche la sphère intime, il peut être difficile pour la personne d'en discuter avec un professionnel afin d'être accompagnée dans la prise en soins. Le sentiment de honte peut amener la personne à différents comportements tels que l'isolement, la perte de son entourage, la masturbation compulsive, le cybersexe et/ou à avoir de multiples partenaires sexuels.

Dans la théorie de Johnson, le sous-système de l'attachement et de l'affiliation concerne le comportement visant à maintenir et à développer des relations sociales. Selon cette théorie, l'hypothèse suivante peut être envisagée : la personne souffrant de CSC pourrait développer des nouveaux liens sociaux (partenaires de sexe), mais aussi perdre ses anciennes relations sociales telles que conjoint, famille et amis. Finalement, la personne aura des difficultés à maintenir des liens sociaux stables, par ce besoin impulsif cherchant à répondre à son bien-être.

Les sous-systèmes forment un ensemble tendant à être auto-entretenu et auto-perpétué tant que les conditions environnementales internes et externes sont arrangées et plausibles. De plus, les conditions et ressources nécessaires requises à leurs fonctionnements doivent être remplies, et l'interrelation entre eux doit être harmonieuse. Cependant, si ces conditions ne sont pas remplies, des dysfonctionnements apparaissent dans le comportement. Les pathologies ou autres changements environnementaux internes et externes sont plus généralement responsables de ces dysfonctionnements.

Au niveau des **complications sur la santé**, le sous-système agressif-protecteur est un comportement, qui afin d'assurer la survie de l'individu, cherche à identifier les possibles menaces présentes dans l'environnement (Brewer & Tidy, 2019). Néanmoins, la personne est prête à prendre des risques afin de satisfaire ses besoins et ainsi atteindre un sentiment de bien-être et se sentir soulagée. En effet, certains individus souffrant de CSC prennent le risque de ne pas se protéger lors des rapports sexuels, ce qui peut amener des IST, le VIH et/ou une grossesse non désirée.

La prise de risque peut aussi amener la personne à développer des comportements tels qu'avoir des rapports sexuels avec des inconnus (risque de violence et de maladie) ou bien des comportements dits paraphiliques comme le voyeurisme, qui peut aboutir à une poursuite pénale.

C'est pourquoi, selon nous, nous devons adapter et apporter une assistance extérieure au patient, à la fois avant et pendant sa recherche d'équilibre.

7.2.2 Cadre pratique

Selon nous, il est fondamental de rendre visible et valoriser le rôle de l'infirmière dans ses prises en soins face à une personne souffrant d'addiction sexuelle. Il est important que les soignants soient au clair avec leur conception de la sexualité. En effet, notre vision de la sexualité peut influencer la prise en soins. Soigner une personne, dont le comportement va à l'encontre de nos croyances/idées peut être une épreuve complexe pour le soignant et ainsi impacter sur la prise en soin de manière négative.

Selon Johnson, l'objectif des soins infirmiers est de maintenir et de restaurer le système comportemental, la stabilité et l'équilibre de l'individu au niveau le plus optimal. Ainsi, les soins infirmiers sont des ressources externes qui agissent afin de préserver l'organisation et l'intégration du comportement d'une personne à un niveau idéal en imposant des mécanismes de régulation ou de contrôle temporaires et en fournissant d'autres ressources, alors que l'individu subit un stress ou un déséquilibre entre ses sous-systèmes comportementaux. Les difficultés fonctionnelles se développent lorsque le système

comportemental n'a pas la prédisposition afin de répondre directement aux stimuli extérieurs par des adaptations déjà acquises. Il est donc nécessaire qu'il y ait une réorganisation des sous-systèmes afin de créer une nouvelle réponse. Les différentes problématiques se développent quand les systèmes de contrôle et de régulation du système comportemental peinent à se développer ou se construisent de manière dysfonctionnelle. Ces problèmes peuvent survenir quand un ou divers sous-systèmes ne se développent pas au maximum de leur capacité.

Comme vu précédemment avec le paradigme auquel appartient Johnson, en lien avec le rôle infirmier, la valorisation de l'estime de soi est un élément important dans l'intervention infirmière. En effet, afin d'améliorer le fonctionnement personnel et interpersonnel de la personne, l'infirmière va devoir aider la personne à identifier certaines ressources et solutions. Ainsi les soins vont se constituer en cinq étapes :

- Trouver la source de la difficulté, ce qui a amené la personne à avoir ses CSC
- Favoriser les meilleures conditions envisageables à la restauration de la balance comportementale grâce à des mesures de contrôle régulières
- Encourager la personne à explorer et trouver quelles sont ses ressources (entourage) et les fonctionnements essentiels nécessaires afin d'anticiper les stimuli et ainsi mieux y répondre
- Reconnaître ses valeurs face à des émotions négatives
- Inciter la personne à trouver la motivation qui la pousse à diminuer ou arrêter ses CSC

De plus, l'infirmière a un rôle de sensibilisation de la personne face aux conséquences qu'elle peut rencontrer avec ses CSC.

Afin d'obtenir une prise en soins respectueuse, il est nécessaire, selon nous, qu'il n'y ait pas de jugement. Cela pourrait influencer la rechute de la personne soignée dans le processus de diminution des symptômes/besoins de la personne souffrant d'addiction sexuelle. En effet, le soigné doit se sentir écouté, entendu mais également se sentir compris. Ceci est la première étape afin de construire et consolider une relation de confiance dite « soignant-soigné ». De plus, il est nécessaire d'être authentique avec toute personne nécessitant de l'aide. En effet, l'authenticité permettra de faire comprendre à l'individu en face de nous que la sincérité règne. Les professionnels de la santé sont présents afin d'apporter toutes les informations (bonnes et mauvaises) et expliquer le processus nécessaire à la prise en soins. Comme vu précédemment avec le paradigme interactif-intégratif, les soignants sont présents pour guider, accompagner, tout être. Ceci est valable également pour la prise de décision. On peut considérer les professionnels de la santé comme une ressource dans notre prise de décision. Une fois la confiance instaurée, il sera plus acceptable pour le soigné de discuter

de ses besoins, de ses pulsions, de ses préoccupations car il ne se sentira pas jugé et se sentira aidé.

Le plus important dans l'accompagnement des addictions sexuelles, d'après nous, est l'expression des émotions et le fait d'accompagner la personne dans son cheminement quelques soient ses décisions, indépendamment de ses non-changements.

La **stabilisation** est un principe essentiel du modèle de système comportemental. Ce dernier est un système dynamique qui amène une meilleure réponse aux différents changements contextuels. Le système détermine un objectif devant être maintenu malgré les conditions alternatives extérieures subies. D'après ce principe, l'infirmière procède comme un régulateur externe face à une demande de patient afin d'engendrer une adaptation appropriée à la situation.

La **réorganisation** est, également, un principe essentiel pour Johnson. Ce principe concerne tout ce qui est en lien avec la croissance et/ou le changement. Lorsque les mécanismes d'adaptation ne répondent plus suffisamment aux nouvelles expériences vécues, le système comportemental doit rétablir de nouveaux mécanismes d'adaptation. Il doit donc y avoir une accommodation parmi les sous-systèmes et les mécanismes établis préalablement afin de développer de nouvelles relations et un schéma cognitif différent. Ces étapes développementales impliquent que les individus reconnaissent et saisissent le processus de stabilisation et les sources de dysfonctionnement amenant à une réorganisation.

7.3 Conclusion

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons établi un lien entre le fruit de notre travail et la théorie des systèmes comportementales de Dorothy Johnson. D'après nous, il est nécessaire de présumer que la conception de la santé de l'infirmière permettrait une prise en soins globale de la sexualité des personnes souffrant d'addiction sexuelle. En effet, afin que la personne puisse atteindre son équilibre, la dimension de l'intimité et de la sexualité sont prises en compte dans un concept de santé.

En liant nos réflexions à celle de Johnson, nous considérons que le rôle infirmier doit amener la personne souffrant d'addiction sexuelle à se sentir valorisée et à maintenir l'estime de soi à un niveau idéal pour celle-ci. De plus, l'infirmière doit avoir pour objectif d'aider l'individu dans la recherche de ressources afin d'améliorer le fonctionnement personnel et interpersonnel de celle-ci.

L'infirmière, comme cité auparavant, est une force externe, une ressource. Celle-ci doit aider la personne souffrant d'addiction sexuelle à identifier, en collaboration, les objectifs principaux de la prise en soins. Quels sont les besoins, nécessités immédiates de cette personne ?

L'infirmière va accompagner et soutenir l'individu dans la recherche de la source de difficulté. Cela va amener la personne à comprendre la cause de sa pathologie. Ensuite, l'infirmière va effectuer des contrôles réguliers afin de trouver et favoriser les meilleures conditions possibles pour restaurer la balance comportementale. De plus, le soutien dans l'exploration des ressources et des fonctionnements essentiels nécessaires afin d'anticiper les stimuli négatifs à la prise en soins est également une compétence infirmière. Cette compétence va permettre à la personne de découvrir qu'elle est soutenue, premièrement par l'équipe soignante, et deuxièmement par ses proches/famille. Cela va lui faire prendre conscience qu'elle n'est pas seule dans cette situation. Nous, les soignants, sommes présents dans ses changements comme dans ses non-changements. C'est-à-dire que, dans n'importe quelle phase de son processus de rééquilibre comportemental, nous serons présents afin de la soutenir et de l'accompagner dans ses décisions. Nous devons faire comprendre qu'une rechute ne signifie pas un échec total.

La soignante peut aussi encourager la personne à identifier ses valeurs (qu'est-ce qui est important pour elle en ce moment dans sa vie et qu'est-ce qui la rend heureuse) surtout face à des situations difficiles et/ou à des émotions négatives et à établir un parallèle entre ses propres valeurs et sa motivation qui la pousse à chercher un traitement pour ses CSC. Ces deux derniers éléments peuvent encourager la personne à aller de l'avant dans sa prise en soins et diminuer le risque de rechute.

Ce travail a permis de modifier notre vision de la sexualité. En effet, nous nous sommes aperçus que les actes et/ou gestes définissant la sexualité varient en fonction des besoins, des envies et des représentations de chacun et que celle-ci est propre à chacun. Cependant, quand les pulsions prennent le dessus sur le contrôle, cela peut devenir problématique.

7.4 Limites

Au fur et à mesure de l'avancement de ce travail, plusieurs limites sont apparues et ont ainsi compliqué certaines étapes quant à l'élaboration de cette revue littéraire.

Parmi celles-ci, on peut citer le tabou. En effet, le sujet de l'addiction sexuelle reste, dans plusieurs cultures, un sujet dont les personnes évitent de parler ouvertement. Par conséquent, cela entraîne un recensement non fiable des personnes réellement atteintes de CSC au niveau mondial.

De plus, le tabou amène un manque de diversité dans les études scientifiques. En effet, les personnes les plus présentes dans les études sont des LGBTIA, HSH, toxicomanes ou encore alcooliques. En raison de la prédominance de ce type de population dans les études trouvées, l'équation de recherche a dû être modifiée à plusieurs reprises. Par exemple, comme il a été vu dans le diagramme de flux, certains filtres ont été ajoutés tels que "NOT".

En outre, il a fallu modifier le PICO afin qu'il corresponde à la question de recherche. C'est pourquoi, certains articles sélectionnés dans ce travail ne correspondent pas au PICO de celui-ci. La préférence a été de conserver un PICO cohérent correspondant à la question de recherche. A cela, s'ajoute la difficulté de l'élaboration du PICO qui a été d'inclure les termes "infirmiers" et "accompagnement" car ils diminuaient le nombre d'articles trouvés.

Identifier le rôle infirmier dans les articles a aussi été une difficulté dans ce travail. Dès lors que celui-ci n'est que peu étudié dans la communauté scientifique. Quant à l'ancrage théorique, lui, il n'est pas ressorti dans les articles.

7.5 Recommandations

Dans l'optique d'approfondir l'étude de ce sujet, il est opportun de formuler des recommandations pouvant constituer une aide pour autrui. Nous en citons quelques-unes ci-dessous.

7.5.1 Pour la recherche

Le but de cette revue de littérature est de trouver un accompagnement infirmier adéquat et adapté à l'addiction sexuelle. Étant donné que ce travail n'apporte pas d'informations uniquement centrés sur le trouble du comportement sexuel compulsif, il serait judicieux d'effectuer des études plus approfondies sur l'accompagnement infirmier face à cette addiction. La prise en soins des personnes souffrant d'addiction demande un regard sensible de la part des infirmières mais aussi de fortes connaissances et compétences des professionnels, une réorganisation et du temps. Afin de répondre à la question de l'éducation des soignants, une étude sur le ressenti des personnes souffrant de CSC et hospitalisées dans un centre médical pourrait être recommandé.

Bien que les résultats de ce travail ne soient pas axés sur le modèle théorique choisi, il serait sensé d'effectuer une étude d'après ce modèle infirmier, car les sciences infirmières apportent dans la pratique professionnelle un regard plus centré sur le vécu du patient.

Le patient étant au centre de la préoccupation des professionnels, il serait approprié de connaître son opinion sur l'accompagnement infirmier, par le biais d'une étude qualitative.

En définitif, la recherche permettra de continuer un processus d'amélioration visant à étudier les différents aspects de l'addiction sexuelle.

7.5.2 Pour la formation

Nous avons remarqué que le sujet de notre travail est peu ou pas connu par nos collègues de promotion mais également chez les professionnels de la santé lors de nos stages. Malgré son taux de ratio bas (3%-6%), l'addiction sexuelle pourrait être proposée en complément dans le cadre de l'enseignement sur les addictions. Pour pouvoir sensibiliser les (futurs) professionnels à la complexité de cette addiction (différentes causes, conséquences, réussir à obtenir la confiance du patient pour qu'il s'exprime sur ses inquiétudes). Pour les services les plus à risque de rencontrer des personnes souffrant de CSC (comme la psychiatrie et les urgences) proposer une formation pour identifier les connaissances de base, des infirmières sur les CSC à l'aide d'une simulation et de leurs apporter plus d'informations afin d'améliorer leurs pratiques réflexives professionnelles.

7.5.3 Pour la pratique

Afin d'accompagner de manière intégrée un individu souffrant d'addiction sexuelle, il est nécessaire d'effectuer des liens avec une science infirmière. Les soins infirmiers apportent une force régulatrice externe qui, selon la théorie sur les approches comportementales, a pour objectif de préserver l'intégrité des individus et de leur permettre de mieux contrôler leurs comportements, afin que ceux-ci ne constituent plus un danger pour leur santé psychosociale, physique et mentale.

C'est pourquoi, il serait sensé de mettre en lien les compétences infirmières avec les ressources disponibles sur le terrain mais également celles apportées par les personnes souffrant d'addiction, de façon à ce que la prise en soins soit intégrée.

Néanmoins, avant de débiter des thérapies et/ou traitements, il est important de savoir dépister une situation à risque. Pour cela, l'infirmière joue un rôle clé, elle se doit d'être à l'écoute d'autrui afin de répondre aux inquiétudes et questionnements sur les rapports sexuels non protégés de celui-ci et également, d'entendre et de comprendre lorsque la personne mentionne avoir beaucoup de relations sexuelles sur une période récente. En effet, cette information devrait nous amener à nous questionner sur un potentiel commencement d'addiction sexuelle.

Cependant, on constate que, généralement, les individus souffrant de CSC viennent chercher de l'aide extérieure auprès de professionnels de la santé car il se sentent dépassés par leurs comportements. Dans ces situations, les thérapies et les suivis se font en ambulatoire dans le service d'addictologie des HUG.

En outre, lors de situations plus complexes, nous pouvons retrouver des suivis carcéraux qui sont bien plus rares et qui sont, habituellement, liés à des délits sexuels.

De plus, les thérapies demandent, dès le commencement, de l'investissement et du temps des deux parties (soignant/soigné). En effet, il est nécessaire d'avoir l'adhésion de la personne concernée car celle-ci a un rôle actif dans sa prise en soins.

Plusieurs intervenants, ayant différentes compétences, participent à lors de ce processus. On y retrouve le médecin qui se centre sur l'aspect médical comme les traitements, ensuite le psychologue qui lui se focalise sur l'aspect psychologique de la personne, et finalement l'infirmière qui est présente afin d'apporter un soutien psychologique de manière régulière et globale. Cette dernière va soutenir la personne atteinte de CSC quotidiennement en évaluant les thérapies et/ou traitements en coordonnant les réseaux de soins et/ou les groupes thérapeutiques et en questionnant

l'individu sur ses besoins et sur ses ressentis. Contrairement aux autres addictions, l'infirmière n'aura pas d'examen clinique à effectuer dans le cadre de l'addiction sexuelle.

Lors de cette prise en soins, plusieurs approches peuvent être utilisées. Parmi elles, on retrouve les suivantes :

- L'approche comportementale qui traite les compulsions et la perte de maîtrise de soi. Elle sert à identifier la situation et/ou le comportement déclencheur, à se questionner sur ce qui s'est passé avant et ce qui va se passer après, à distinguer cette chaîne et à voir ce que la personne peut changer au niveau comportemental.
- L'approche systémique, qui englobe l'entourage et ne traite pas l'addiction directement mais sa cause. Dans cette approche, le patient est révélateur du système.

Malgré la prise en soins, précoce ou non, il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un trouble chronique et que l'objectif du soignant est de calmer les symptômes afin de soulager la détresse morale et/ou émotionnelle que ressent la personne. L'addiction sexuelle ne se guérit pas forcément et le risque de rechute reste possible à tout moment.

Comme il a été énoncé auparavant lors de ce travail, les normes d'un comportement addictif sont propres à chaque individu et différent souvent selon les sociétés et/ou les cultures. C'est pourquoi, il est important de déterminer lors d'une prise en soins si les comportements recensés sont problématiques pour la personne.

En somme, il est important de retenir que cet aspect n'est profitable que si l'étape de recherche est faite en aval.

« L'addiction est une passion qui entrave ta liberté. »

« L'addiction, derrière le plaisir, une douleur se construit. »

Friedrich Nietzsche

8. Bibliographie

Barkley-Levenson, E., Xue, F., Droutman, V., Miller, L. C., Smith, B. J., Jeong, D., Lu, Z.-L., Bechara, A., & Read, S. J. (2018). Prefrontal Cortical Activity During the Stroop Task : New Insights into the Why and the Who of Real-World Risky Sexual Behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(5), 367-379. <https://doi.org/10.1093/abm/kax019>

Benfield, J. (2018). Sex Addiction : The Search for a Secure Base. *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal*, 18(4), 14-17.

Beech, A. R., Miner, M. H., & Thornton, D. (2016). Paraphilias in the DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 383-406.

Blain, L. M., Muench, F., Morgenstern, J., & Parsons, J. T. (2012). Exploring the role of child sexual abuse and posttraumatic stress disorder symptoms in gay and bisexual men reporting compulsive sexual behavior. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 413-422. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.003>

Brewer, G., & Tidy, P. (2019). Sex addiction : Therapist perspectives. *Sexual and Relationship Therapy*, 34(1), 40-53.

Carré, I. (2012). *SILENCE, FACE À FACE OU INTÉGRATION ?* 65.

Carvalho, J., Štulhofer, A., Vieira, A. L., & Jurin, T. (2015). Hypersexuality and High Sexual Desire : Exploring the Structure of Problematic Sexuality. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1356-1367. <https://doi.org/10.1111/jsm.12865>

Derbyshire, K. L., & Grant, J. E. (2015). Compulsive Sexual Behavior : A Review of the Literature. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2), 37.

Echeburúa, E. (s. d.). *¿Existe realmente la adicción al sexo ? Does really sex addiction exist?* 6.

Efrati, Y., & Gola, M. (s. d.). Compulsive sexual behavior : A twelve-step therapeutic approach. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 445-453.

Efrati, Y., & Gola, M. (2018). Understanding and predicting profiles of compulsive sexual behavior among adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 1004.

Garcia, F. D., & Thibaut, F. (2010). Sexual Addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 254-260.

Grant, J. E. (2018). Compulsive sexual behavior : A nonjudgmental approach. *Sexual Behavior*, 6.

HUG – Hôpitaux Universitaires de Genève. (2019). Consulté le 23 février 2019, à l'adresse <https://www.hug-ge.ch>

ICD-11—Mortality and Morbidity Statistics. (s. d.). Consulté 26 novembre 2019, à l'adresse <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1630268048>

Inescu, A. C., Andrianne, R., Triffaux, F., & Triffaux, J.-M. (s. d.). L'ADDICTION AU SEXE, ÇA SE SOIGNE ? *Rev Med Liège*, 5.

Karila, L. (s. d.). *UN POINT SUR LES ADDICTIONS SEXUELLES*. 4.

Kafka, M. (2009). Hypersexual Disorder : A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of sexual behavior*, 39, 377-400.

Kuzma, J. M., & Black, D. W. (2008). Epidemiology, Prevalence, and Natural History of Compulsive Sexual Behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 603-611.

Lagadec, M. (2016). L'addiction sexuelle : Quelles stratégies thérapeutiques ? *Psychotropes*, 22(3), 11.

Laqueille, X., & Liot, K. (2009). Addictions : Définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique, Volume 85(7)*, 611-620.

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Bien-être - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 23 janvier 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bien-%C3%AAtre/9159>

Le blog de Luc : La pyramide de Maslow. (2010, décembre 20). *Le blog de Luc*. <http://lucoluc59.blogspot.com/2010/12/mon-interet-en-cette-soiree-sest-porte.html>

Manpreet, K, Dhuffar & D. Griffiths (2016). Barriers to female sex addiction treatment in the UK

Miner, M. H., Romine, R. S., Raymond, N., Janssen, E., MacDonald, A., & Coleman, E. (2016). Understanding the Personality and Behavioral Mechanisms Defining Hypersexuality in Men Who Have Sex With Men. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(9), 1323-1331. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.015>

Nuss, P. (2017). [Contemporary behavioural addictions, an overview and the nursing position]. *Soins ; La Revue De Reference Infirmiere*, 62(816), 33-35.

Odlaug, B. L., Lust, K., Schreiber, L. R. N., Christenson, G., Derbyshire, K., Harvanko, A., ... Grant, J. E. (s. d.). Compulsive sexual behavior in young adults. *ANNALS OF CLINICAL PSYCHIATRY*, 9.

OFSP, O. fédéral de la santé publique. (s.d.). Education sexuelle. Consulté le 26 avril 2019, à l'adresse http://www.maint.admin.ch/asm/?support_id=C-15198581551604725951

OMS | Santé sexuelle. (s. d.). Consulté 6 mars 2019, à l'adresse WHO website: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

Reid, R. C., Garos, S., Carpenter, B. N., & Coleman, E. (2011). A Surprising Finding Related to Executive Control in a Patient Sample of Hypersexual Men. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2227-2236. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02314.x>

Valleur, M., & Velea, D. (s. d.). *Les addictions sans drogue(s)*. 15.

Scanavino, M. D. T., Ventuneac, A., Abdo, C. H. N., Tavares, H., Amaral, M. L. S., Messina, B., Parsons, J. T. (2018). Sexual compulsivity, anxiety, depression, and sexual risk behavior among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(4), 424-431.

Shorey, R. C., Elmquist, J., Gawrysiak, M. J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2016). The relationship between mindfulness and compulsive sexual behavior in a sample of men in treatment for substance use disorders. *Mindfulness*, 7(4), 866-873.

Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N., & Paul, C. (2010). Perceived "Out of Control" Sexual Behavior in a Cohort of Young Adults from the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 968-978.
<https://doi.org/10.1007/s10508-009-9504-8>

Taormina, R. J., & Gao, J. H. (2013). Maslow and the motivation hierarchy : Measuring satisfaction of the needs. *The American Journal of Psychology*, 126(2), 155-177.

Van Gordon, Edo Shonin & Mark D. Griffiths (2016) Meditation Awareness Traininf for the Treatment of Sex Addiction : A Case Study

Wakefield, J. C. (2012). The DSM-5's Proposed New Categories of Sexual Disorder : The Problem of False Positives in Sexual Diagnosis. *Clinical Social Work Journal*, 40(2), 213-223.

Wéry, A., Karila, L., Sutter, P. D., & Billieux, J. (2014). Conceptualisation, évaluation et traitement de la dépendance cybersexuelle : Une revue de la littérature. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(4), 266-281.

Wéry, A., Vogelaere, K., Challet-Bouju, G., Poudat, F.-X., Caillon, J., Lever, D., Billieux, J., & Grall-Bronnec, M. (2016). Characteristics of self-identified sexual addicts in a behavioral addiction outpatient clinic. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 623-630.
<https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.071>

Winters, J., Christoff, K., & Gorzalka, B. B. (2010). *Dysregulated Sexuality and High Sexual Desire : Distinct Constructs ? Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1029-1043.
<https://doi.org/10.1007/s10508-009-9591-6>

Wunsch, S. (2016). Principaux facteurs, contextes et variations du développement sexuel humain. Une synthèse transculturelle et transdisciplinaire. 1 re partie : Données ethnologiques. *Sexologies*, 25(2), 41-51.

9. Annexes

Différents types de paraphilies sont décrits dans le DSM-5 (Tableau 1) :

Table 1 Description of paraphilic disorders

1a. Anomalous sexual preferences: courtship disorders
Voyeuristic disorder is described as the act of observing nonconsenting individuals naked, undressing, or engaged in sexual activity
Exhibitionistic disorder is defined by the individual having recurrent, intense, sexually arousing fantasies or behaviors involving exposing one's genitals to another person without the latter's consent
Frotteuristic disorder involves recurrent, intense, sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors involving touching and rubbing against a nonconsenting person. Such behaviors commonly occur in crowded public places (e.g., buses or trains). Due to the circumstances in which this paraphilia occurs, it is almost always difficult to identify the perpetrator
1b. Anomalous sexual preferences: algolagnic disorders
Sexual masochism disorder involves sexual arousal to the act of being humiliated, beaten, bound, or made to suffer in some other manner
Sexual sadism disorder is defined as the individual deriving sexual excitement from the physical or psychological suffering (including humiliation) of another person
2. Anomalous target preferences
Pedophilic disorder is described as an individual having recurrent, intense, sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors involving sexual activity with children 13 years old or younger. The individual is at least age 16 years and at least 5 years older than the victim/s
Fetishistic disorder involves a sexual interest in nonliving objects or a particular focus on nongenital body parts as indicated by fantasies, urges, or behaviors. The most common fetishistic targets of this paraphilia are female underwear, feet, and shoes (Beech & Harkins 2012)
Transvestic disorder typically describes a heterosexual man being aroused by the thought of himself as a female and hence cross-dressing (autogynephilia), or more rarely, by a woman cross-dressing as a man (autoandrophilia)
3. New paraphilic disorders included in the DSM-5
Otherwise specified paraphilic disorder is applied when the paraphilia is not prevalent enough to include its own diagnosis; examples include telephone scatologia (obscene phone calls), necrophilia (sexual activity with corpses), zoophilia, coprophilia (being aroused by being defecated upon or defecating on others), and urophilia (being aroused by being urinated upon or urinating on others)
Unspecified paraphilic disorder is a category applied when "clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning predominate but do not meet the full criteria for any of the disorders in the Paraphilic disorders diagnostic class" (Am. Psychiatr. Assoc. 2013, p. 705). More specifically, this category is used when a reason is not given for a specific paraphilic disorder criteria being specified because sufficient information may not be available
4. Paraphilic disorders considered but not included in the DSM-5
Paraphilic coercive disorder applies to biastophilia (paraphilic rape)
Hypersexual disorder was a label proposed because it did not imply any specific theory for what causes hypersexuality
Pedohebephilia was suggested as a replacement for pedophilia

Beech, A. R., Miner, M. H., & Thornton, D. (2016). Paraphilias in the DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 383406.

Le SAST « Sexual Addiction Screening Test », un questionnaire qui comprend 25 points (Carnes, 1989) avec des réponses fermées (oui/non). Un total de 13 réponses positives suggère une dépendance sexuelle (Efrati & Gola, 2018).

Le PATHOS, un autre test qualifié de plus rapide. En effet, il ne contient que 6 questions et avec des réponses fermées (sous forme de coche à faire). Un score de 3 points indique une addiction sexuelle (Efrati & Gola, 2018).