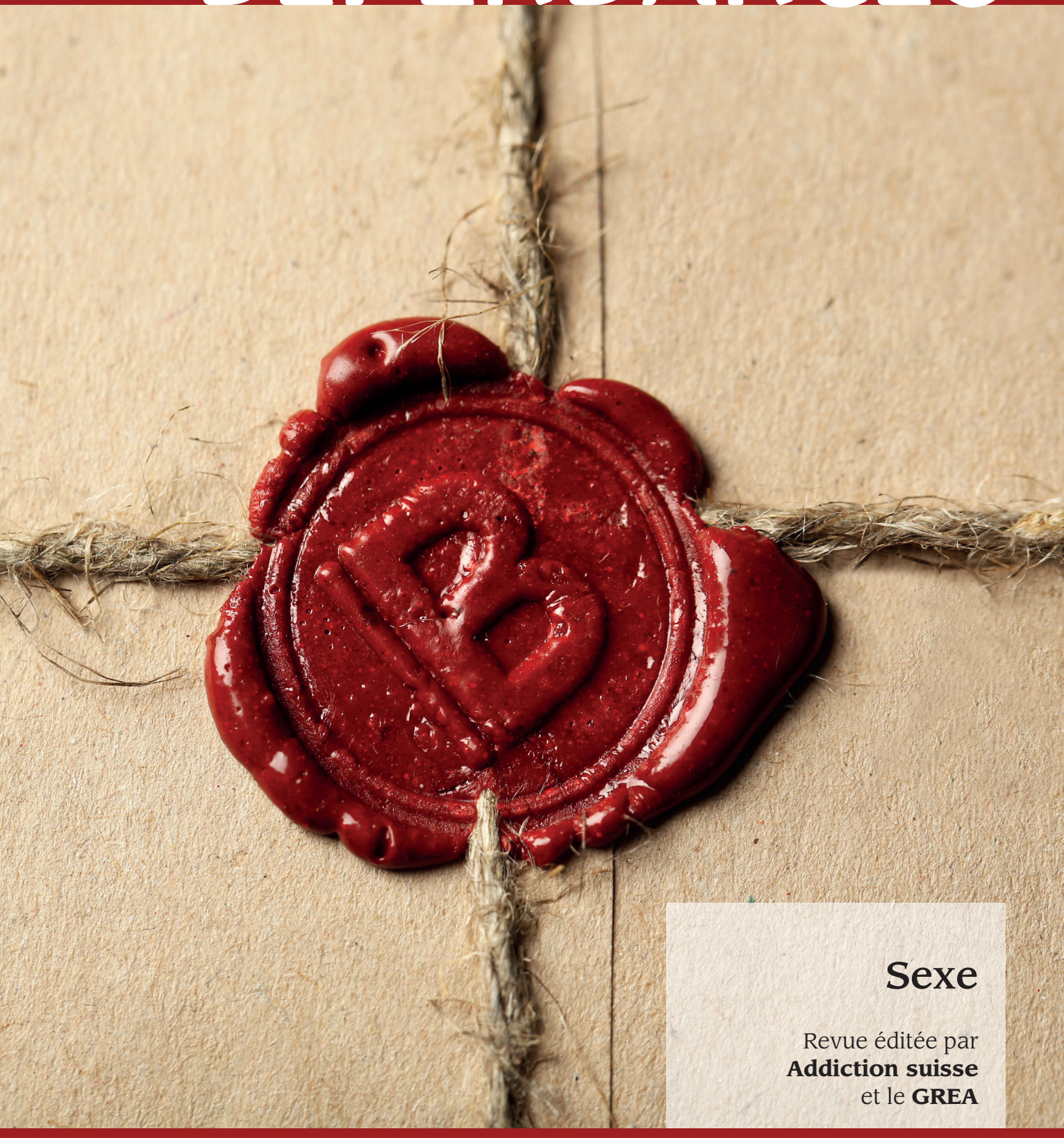
JUIN 2017 – NUMÉRO 60

DÉPENDANCES



Sexe

Revue éditée par
Addiction suisse
et le **GREA**

SOMMAIRE

«Sexe»

Éditorial p. 1
Corine Kibora

Substances psychotropes et sexe: C'est la dose qui fait le plaisir! p. 2
Favrod-Coune Thierry , Médecin adjoint, Unité des dépendances, responsable Alcool, HUG Genève, Anne-Virginie Butt, médecin associée, Unité des dépendances

Consommations de produits, orientations sexuelles et identité de genre, *chemsex* p. 5
Guido Biscontin, Florent Jouinot, Vanessa Christinet, Eric Périat

Un point sur les addictions sexuelles p. 9
Laurent Karila, Geneviève Lafaye, Sarah Coscas, Amine Benyamina

Pathologisation du sexe dans la société. Perspectives historiques et questionnements de nos catégories de pensée sur la sexualité. p. 14
Thierry Delessert

Sexualite et institution, quelles règles pour l'expression de la sexualite? p. 17
Emmanuelle Barboni

P.S.
Jeunes et jeux d'argent à la veille de la légalisation des jeux de casino en ligne p.21
Marianne Richter et Alexander Tomei

ÉDITORIAL

La sexualité est associée au plaisir, à la relation amoureuse, à l'épanouissement. Quel rapport avec les addictions? A l'heure où la pornographie se répand sur Internet, où 75% des adolescents entre 12 et 19 ans ont déjà regardé du contenu pornographique sur leur portable, où de célèbres «addicts» au sexe se confient, il nous est apparu opportun de consacrer un numéro à la sexualité. Le sujet est vertigineux et nous n'avons pu aborder que quelques aspects dans cette édition.

Tout d'abord, un rappel: la sexualité humaine a de tout temps été un champ de bataille pour le pouvoir en place, qu'il soit politique ou médical. L'article de l'historien Thierry Delessert le montre, ne serait-ce qu'en retraçant l'évolution de la vision de la sexualité féminine ou encore de l'homosexualité.

Ainsi, il convient de rester prudent face à l'apparition contemporaine de l'addiction sexuelle, trouble non encore reconnu dans le DSM par exemple, mais dont la réalité semble tangible au niveau clinique, comme le décrit le Dr Karila. De tout temps, les humains ont cherché à favoriser leur sexualité à l'aide d'aphrodisiaques. Les substances que nous qualifions aujourd'hui de psychoactives jouent parfois ce rôle, encore que la dose peut grandement modifier l'effet. C'est ce que nous détaillent le Dr Coune et la Dresse Butty dans leur article.

L'usage de produits en lien avec la sexualité peut prendre des tournures plus risquées. Les enquêtes dans les milieux LGBT font état de telles pratiques:, quelle compréhension de ces phénomènes et quelles interventions? Une équipe de Profa fait le point sur ces questions délicates. Nous aurions aimé parlé également du milieu de la prostitution qui est confronté à des défis particuliers, mais nos lecteurs pourront se rapporter aux numéros 54 et 57 qui abordent ces questions.

La sexualité peut être créatrice de liens et structurante, comme elle peut être destructrice. Dans le domaine des addictions, il n'est pas rare de rencontrer des personnes victimes d'abus sexuels, entre autres. Dès lors, quelle est la place de la sexualité en institution résidentielle? La directrice du Radeau, Emmanuelle Barboni nous décrit sa politique en donnant également la parole aux personnes concernées.

Ce périple dans le domaine de la sexualité, en lien avec les addictions, aura permis de déflorer quelques thèmes dont certains devraient sans aucun doute être approfondis.

N'hésitez pas à prêter votre numéro et faire connaître la revue, c'est grâce à vous qu'elle existe!

Bonne lecture

Corine Kibora, Addiction Suisse

SUBSTANCES PSYCHOTROPES ET SEXE: C'EST LA DOSE QUI FAIT LE PLAISIR!

Favrod-Coune Thierry , Médecin adjoint, Unité des dépendances, responsable Alcool, HUG Genève et BAnne-Virginie Butt, médecin associée, Unité des dépendances

Utiliser des aphrodisiaques pour favoriser la rencontre ou le plaisir sexuel n'est pas une pratique récente. Dans notre société de consommation et de plaisir immédiat cependant, les psychotropes à disposition sont nombreux et les usages risqués ne sont pas rares. Cet article détaille les effets, positifs et négatifs, sur la sexualité des principaux psychotropes disponibles aujourd'hui. (réd.)

INTRODUCTION

L'activité sexuelle peut être vue comme un des besoins fondamentaux de l'être humain, tel que dormir, boire, manger, respirer ou éliminer. C'est ce qui a été proposé dans les années soixante par les pionniers de la physiologie sexuelle, le Docteur William Master et son assistante Madame Virginia Johnson(1). Ces derniers ont aussi décrit pour la première fois les 4 phases de la réponse sexuelle, l'excitation, le plateau, l'orgasme puis la résolution (avec sa phase réfractaire, notablement plus longue pour l'homme que pour la femme). Ils se sont ensuite intéressés aux dysfonctions sexuelles. On ne peut passer sous silence la série télévisée («Masters of sex») inspirée par ses deux personnages phare de la sexologie.

Plus tard, c'est la sexologue américaine Helen Kaplan qui proposait d'intégrer le désir comme première phase de la réponse sexuelle. C'est sur la base de ces connaissances que nous décrirons ensuite les effets des substances psychotropes sur la fonction sexuelle. Cette dernière a été progressivement incluse à la santé globale de telle manière qu'en 2011, l'OMS définit la santé sexuelle comme suit:

«La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient source de plaisir et sans risques, libres de toute coercition, discrimination ou violence.»

Dans notre société occidentale consommatrice et avide de plaisirs immédiats, l'activité sexuelle est valorisée, voire surinvestie. Pour autant, les aphrodisiaques, supposés augmenter le désir voir la performance sexuelle, tiennent une place importante depuis des millénaires. Les Latins ne considéraient-ils pas le mélange de poivre et de miel aphrodisiaque? Et la corne de rhinocéros considérée depuis 2 millénaires comme permettant - entre autre - d'augmenter la libido surtout en Chine et au Vietnam? Pour toutes les raisons énoncées ci-dessus, notre société favorise l'utilisation et l'émergence de toutes sortes de substances: l'alcool, le GHB, le poppers, le MDMA, la cocaïne, ... Au service de tous ceux et celles qui espèrent accéder plus facilement à la rencontre sexuelle ou/et en augmenter l'intensité voir à vivre de nouvelles expériences. Peut-être encore les substances peuvent aider des personnes qui souffrent de troubles sexuels ou relationnels, timidité maladive ou angoisses autour de la rencontre et la sexualité, inhibition, trouble érectile, éjaculation précoce ...?

Nous allons donc aborder tour à tour les effets recherchés et éventuellement bénéfiques de ces substances sur la sexualité, puis leurs effets négatifs, qui les rendraient alors contre-productifs, pour terminer ensuite par l'incontournable «pilule bleue», substance prescrite, pharmacologiquement non psychotrope et indiquée dans les dysfonctions érectiles, mais combien de fois recherchée (et trouvée) sur le marché noir et utilisée pour augmenter la performance et certainement profiter d'un effet excitateur placebo.

Nous n'aborderons pas ici «le Slam», pratique consistant à utiliser par injection des psychostimulants (principalement méphédrone et dérivés) lors d'activités sexuelles «extrêmes» en groupe, principalement dans le milieu gay, reliés à une prise de risque massive tant au plan des consommations que des maladies sexuellement transmissibles(2). De la même façon, nous renonçons à aborder la métamphétamine qui dans certains pays et milieux est également connue pour provoquer une activité sexuelle très augmentée et risquée.

LES EFFETS RECHERCHÉS DES SUBSTANCES SUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE

Un avertissement est ici nécessaire en cela que ce sujet ne repose pas uniquement sur des faits scientifiques avérés, la recherche disponible étant de faible volume et de faible qualité méthodologique (pas de grandes études contrôlées disponibles). Cela permet d'ailleurs aussi d'affirmer que la «pharma-sexologie» reste un champ à explorer. La suite doit être donc prise plutôt comme des connaissances empiriques ou des hypothèses que des certitudes. Un deuxième caveat est de rigueur: les risques généraux et les mesures de réductions des méfaits ne seront pas abordés dans cet article, la deuxième partie traitant des

effets négatifs des substances sur l'activité sexuelle. Enfin, aucune des lignes qui suivent ne doivent être lues comme une incitation à la consommation.

L'alcool a pour deux effets principaux la diminution de l'angoisse et la désinhibition, en grande partie à travers son action activatrice du système du neurotransmettteur GABA-A. Sur le plan de la séduction et de la sexualité, à petite dose, cela confère à l'alcool un effet facilitateur social, et renforçateur sur l'excitation sexuelle, en levant les freins éducatifs et sociaux, éventuellement personnels reliés à l'intimité et l'activité sexuelle elle-même(3). Il est intéressant de relever qu'une partie de ses effets peut être réellement pharmacologique à travers des modifications cognitives, et qu'une autre partie peut être la résultante d'un apprentissage social, soit d'un effet attendu parce qu'observé auprès d'autres personnes dans la société. La dose à laquelle un tel effet est maximal et n'entraîne pas d'effets indésirables sur le plan sexuel est difficile à préciser mais pourrait se situer dans la fourchette de la « facilitation sociale » soit entre 0.2 et 0.5 pour mille, ce qui représente une faible quantité d'alcool, selon le sexe et le poids entre 1 et 3 verres environ.

Le cas du GHB(4) est bien particulier puisque réputé pour provoquer une augmentation du désir de contact physique et sexuel d'une façon plus marquée que l'alcool. Un effet libidineux est suggéré, en plus de celui de la désinhibition, même si son effet pharmacologique est très proche de celui de l'alcool, soit GABAergique. Cet effet lui vaut son appellation dans les milieux festifs et gay de « Liquid Ecstasy ».

Les poppers, soit nitrite d'Amyle, est un volatile utilisé en particulier dans le milieu gay, mais aussi festif, pour son effet euphorisant de courte durée (minutes). Ses effets physiologiques contiennent une relaxation musculaire et une baisse de la tension artérielle. Sur un plan sexuel, les poppers seraient connus pour leur effet aphrodisiaque et pouvant faciliter les rapports anaux grâce à leur effet myo-relaxant.

Le MDMA (surnommé « Pilule de l'amour » et non du sexe) semble de façon contre-intuitive ne pas être relié à une augmentation de l'activité sexuelle, mais plutôt au rapprochement de l'autre sur un plan relationnel, voir sensuel, mais pas forcément sexuel(5). En effet, l'augmentation de la dopamine intra-cérébrale surtout, mais aussi de la noradrénaline, semble clairement liée à une augmentation du désir et des fonctions sexuelles, tandis que la sérotonine, neurotransmetteur augmenté de façon plus marquée que la noradrénaline par le MDMA, serait plutôt entactogène, favorisant le rapprochement émotionnel voir sensuel des individus, mais liée à une diminution de fonctions sexuelles elles-mêmes (comme d'ailleurs souvent observé lors de la prescription d'anti-dépresseurs). Bien entendu, il est probable que cette étape puisse dans certains cas mener à une activité sexuelle plaisante, même si « secondaire » en particulier sous l'effet d'autres substances consommées en même temps (p.ex. alcool ou d'autres stimulants).

La cocaïne quant à elle est réputée pour provoquer une nette augmentation du désir sexuel, via son effet dopaminergique et noradrénergique. Il semble que la cocaïne soit parfois consommée dans un but sexuel, en particulier pour augmenter l'excitation ou prolonger l'acte sexuel, qui était le cas de 26.2% de consommateurs de cocaïne dans une étude effetuée dans les grandes villes européennes(6).

Aucune donnée ne semble soutenir que le tabac ait une quelconque influence positive sur la sexualité humaine, même si on aurait pu imaginer qu'il puisse favoriser une forme de socialisation entre fumeurs, et comme stimulant, favoriser l'excitation sexuelle. Certaines études ont même démontré l'inverse, aussi bien chez l'homme que la femme.

LES EFFETS NÉGATIFS DES SUBSTANCES SUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE

D'une façon générale, il convient de mentionner les risques de relations sexuelles non protégées et/ou non-désirées, ou du moins qui ne l'auraient pas été sans être sous l'emprise d'une substance, et qui ne le seront plus une fois ses effets dissipés, p.ex. le lendemain. Le risque de grossesse non désirée et de maladies sexuellement transmissibles en faisant partie intégrante.

Les effets négatifs de l'alcool sur la fonction sexuelle sont évidents dès une prise régulière en particulier lors de consommation excessive(7). La diminution des hormones sexuelles (œstrogène et testostérone par hypogonadisme central), l'augmentation de l'angoisse et la dépression, ainsi que la survenue à long terme de problèmes cardio-vasculaire diminue l'envie sexuelle et peut provoquer des troubles de l'érection chez l'homme. Ces effets seront particulièrement potentialisés par la consommation concomitantes de tabac, puisque la nicotine a été démontrée pour diminuer l'excitation sexuelle chez les sujets non-fumeurs(8), et provoque des troubles importants de l'érection à court et long terme par la contraction des vaisseaux sanguins à court terme, et leur obstruction à long terme.

Les poppers ne semblent pas avoir d'effets néfastes sur la fonction sexuelle, sauf en cas de surdosage, un (pré-) coma étant peu compatible avec des relations sexuelles et les poppers étant difficiles à doser. Parmi les autres risques majeurs pour la santé, ils ne doivent en particulier jamais être mélangés aux médicaments des troubles érectiles car cela peut provoquer de graves hypotensions, suivies de crises cardiaques ou d'accidents vasculaires cérébraux. En outre, si les poppers sont bus au lieu d'être inhalés, l'intoxication peut mener au décès, un cas dramatique s'étant d'ailleurs produit dans la région lémanique(9).

Le MDMA provoque à travers la sécrétion de sérotonine une diminution des fonctions sexuelles. L'effet sur l'excitation

semble varier selon les individus, mais il engendre des troubles de l'érection dès une dose moyenne à forte, et un retard de l'orgasme, voir une anorgasmie. A moyen terme, les symptômes dépressifs («mid-week low») engendrés par la substance sont plutôt associés à un retrait social et un désintérêt érotique ou sexuel.

La cocaïne quant à elle provoque dès une dose moyenne d'importants troubles de l'érection, et de la lubrification chez la femme. Les partenaires peuvent donc se retrouver avec une libido importante et l'intention d'avoir des relations sexuelles mais dans l'impossibilité d'en avoir. L'orgasme peut être retardé mais pas dans la même mesure qu'en présence de MDMA. Enfin, la consommation de cocaïne entraînant à terme une importante baisse de moral et fatigue, voire une perte pondérale, cela s'associe à une inhibition des fonctions sexuelles.

Nous terminerons cette revue non systématique des substances sur l'activité sexuelle en parlant des médicaments utilisés dans les troubles érectiles (sildénafil ou Viagra®, tadalafil ou Cialis®, et génériques) qui sont souvent achetés sans prescription médicale sur le net. Cela fait courir aux consommateurs un risque cardio-vasculaire car en présence de facteurs de risques, la prise de ces médicaments doit être précédée par un bilan cardiaque ; en outre, des maladies provoquant la dysfonction érectile restent non diagnostiquées (hypertension, diabète p.ex.). Finalement, la composition des pilules vendues par le net est incertaine, pouvant aller d'un simple placebo (sans substance active) à des pilules adultérées(10). Comme déjà mentionné, le mélange avec les poppers est à éviter à tout prix.

CONCLUSION

Même si les être humains ont toujours été à la recherche de substances pouvant améliorer ou intensifier leur vie sexuelle, et si certaines substances peuvent avoir une relative efficacité dans ce dessein, cela peut se produire chez des consommateurs occasionnels, en bonne santé, utilisant des petites doses de psychotropes.

Dès une utilisation plus régulière ou à des doses plus importantes, les effets néfastes des substances sur l'activité sexuelle deviennent prépondérants (troubles du désir, de l'érection ou de la lubrification, anorgasmie), et les substances supposées aphrodisiaques contre-productives.

C'est la dose qui fait le plaisir ! Et rien ne remplacera une bonne forme physique, le sexe au naturel, et une relation de couple de qualité !

Thierry.Favrod-Coune@hcuge.ch
Anne-Virginie.Butty@hcuge.ch

Références

1. W.H. Masters, Johnson, V.E., Human Sexual Response, Toronto; New York, Bantam Books, 1966 (traduction par F. Fréhel et M. Gilbert : Les Réactions sexuelles, R. Laffont, 1967)

2. Lestrade D. Gays: le slam, drogue des plans sexe, fait des ravages en toute impunité. Temps Réel, Nouvel Obs. 3 juin 2013. http://tempsreel.nouvelobs.com/rue89/rue89-nos-vies-connectees/20130603.RUE6707/gays-le-slam-drogue-des-plans-sexe-fait-des-ravages-en-toute-impunite.html

3. Crowe LC, George WH. Alcohol and human sexuality: review and integration. Psychol Bull. 1989; 105(3): 374-86.

4. Pour cette substance et d'autres : www.know-drugs.ch/2012/f/start.htm

5. Schmid Y et al. Effects of methylphenidate and MDMA on appraisal of erotic stimuli and intimate relationships. Eur Neuropsychopharmacol 2015 ; 25(1) : 17-25.

6. Belli MA et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. BMC Public Health 2008 ; 8:155. doi: 10.1186/1471-2458-8-155.

7. Zaasaa A et al. Drug addiction and sexual dysfunction. Endocrinol Metab Clin North Am. 2013; 42(3): 585-92.

8. Harte CB, Meston CM. The inhibitory effects of nicotine on physiological sexual arousal in nonsmoking women : results from a randomized, double-blind, placebo controled, cross-over trial. J Sex Med. 2008; 5(5): 1184-97. Harte CB, Meston CM. Acute effects of nicotine on physiological and subjective sexual arousal in nonsmoking men : a randomized, double-blind, placebo controled trial. J Sex Med. 2008 Jan;5(1):110-21.

9. www.tdg.ch/geneve/actu-genevoise/Drame-au-Macumba-Cela-doit-servir-dexemple/story/16668616

10. Jackson, G., Arver, S., Banks, I., and Stecher, V.J. Counterfeit phosphodiesterase type 5 inhibitors pose significant safety risks. Int J Clin Pract. 2010; 64: 497–504

CONSOMMATIONS DE PRODUITS, ORIENTATIONS SEXUELLES ET IDENTITÉ DE GENRE, *CHEMSEX*: RÉFLEXIONS ET PISTES D'ACTION DANS LE CONTEXTE SUISSE

Guido Biscontin, travailleur social de proximité, Checkpoint Vaud, Florent Jouinot, coordinateur romand des projets HSH de l'Aide suisse contre le sida (ASS) et responsable administratif, Checkpoint Vaud, Vanessa Christinet, médecin, Checkpoint Vaud et Eric Périat, infirmier et conseiller en santé sexuelle, Checkpoint Vaud

Cet article explore la consommation de produits au sein des personnes d'orientation LGBT. Les prévalences élevées dans certains groupes méritent une attention particulière tant au niveau des interventions sur le plan individuel que structurel. (réd.)

INTRODUCTION

Dans cet article, nous nous intéressons aux liens entre consommations de produits psychoactifs, orientations sexuelles et identité de genre, et notamment aux enjeux liés à la consommation de produits en contexte sexuel - «sexe sous produits» et «*chemsex*» - dans le milieu dit «gay».

Les plus hautes prévalences de consommations dans certains groupes LGBT (Lesbiennes, Gays, Bisexuel-le-s, Transgenres) en comparaison avec la population générale(1-4), et les conséquences potentielles des pratiques en lien avec le *chemsex*(5), suggèrent que la connaissance et la prise en considération de ces facteurs devraient faire l'objet d'une attention particulière, tant au niveau des interventions au plan individuel que des mesures structurelles – de prévention, de réduction des risques et méfaits ainsi que de traitement.

QUELQUES CHIFFRES

Plusieurs études rapportent des données concernant les consommations de produits dans les populations LGBT.

En ce qui concerne les femmes homosexuelles et bisexuelles, le rapport de 2012 du groupe santé PREOS(6)met en lumière des consommations de tabac, d'alcool et de drogues plus importantes dans ce groupe que parmi les femmes hétérosexuelles rapportées notamment dans deux études, dont une suisse(7). Ces tendances sont confirmées dans une autre enquête menée en 2012 sur la santé des femmes qui aiment les femmes en Suisse romande(8). Par exemple, dans cette population, 13% boivent en moyenne deux verres ou plus d'alcool par jour (population générale féminine : 4 %) et 18 % boivent 4 verres ou plus au moins une fois par semaine (population générale féminine : 6%).

En ce qui concerne les hommes qui ont des relations avec les hommes (HSH), une étude de 2015, menée par l'université de Genève en collaboration avec le Checkpoint Genève (centre de santé communautaire pour les hommes qui ont du sexe avec des hommes)(9), a déterminé que, parmi les usagers HSH du Checkpoint Genève, 59.4% des répondants ont consommé du tabac dans les trois derniers mois (versus 31.6% en population générale dans les 12 derniers mois) et 35.8% ont consommé du cannabis dans les 3 derniers mois (7.8% en population générale dans les 12 derniers mois). Avec les mêmes paramètres, la consommation de produits inhalés («poppers») s'élevait à 34.9% (versus <0.1%), celle de cocaïne s'élevait à 20.8% (versus 5.7%) et celle d'amphétamines/ecstasy à 17.9% (versus 0.8%). Les consommations multiples (>2 produits, hormis le tabac) dans les 3 derniers mois ont été rapportées par 54.8% des répondants contre 17% dans les 12 derniers mois en population générale.

Mettre en évidence des facteurs clairs qui expliqueraient de manière évidente ces consommations plus élevées est une tâche complexe. Toutefois, des liens avec les facteurs influençant négativement la santé globale des personnes LGBT est plausible également dans ce contexte. Les personnes LGBT font encore l'objet de discriminations et de préjugés. Ces formes de rejet, ou leur anticipation, et la pression normative portent préjudice à leur santé physique et mentale. L'homonégativité et l'autodénigrement, la honte, l'isolement, les difficultés liées au coming out, le manque de soutien bienveillant, le sentiment d'insécurité exposent les personnes LGBT à des conséquences non négligeables, pouvant aller jusqu'à la dépression voire au suicide(10). En ce qui concerne spécifiquement les consommations, certains contextes peuvent aussi être considérés comme facteurs facilitant l'accès aux produits, comme le milieu festif, qui peut avoir un rôle de socialisation important pour certaines personnes LGBT, ou les applications de rencontre, notamment pour le *chemsex*.

LE *CHEMSEX*

Outre les consommations de produits psychoactifs en tant que telles, depuis plusieurs années, dans le milieu gay/HSH notamment, le sujet du *chemsex* est de plus en plus mis en évidence et étudié.

Le *chemsex* consiste à consommer des produits psychoactifs, principalement des stimulants, dans le cadre de

relations sexuelles. Ces relations peuvent être orientées vers des pratiques dites « hard », en groupe et des sessions de longue durée (plusieurs heures voire plusieurs jours). Les principaux produits consommés sont les cathinones, la méthamphétamine, la cocaïne, le GHB/GBL/DB et la kétamine. La consommation d'alcool est souvent associée, fréquemment en quantité importante(11).

Le phénomène n'est pas nouveau, le *chemsex* dans le milieu gay est rapporté depuis les années 1970 au moins. Le changement de ces dernières années porte sur la gamme de produits consommés et les modes de consommations – avec les conséquences en termes de santé que cela implique (cf. plus bas). D'autres changements sont également à noter, comme par exemple l'accessibilité des produits, les modalités relationnelles et organisationnelles relatives aux sites internet et applications de rencontre (l'annotation « chems » ou des symboles correspondant peuvent directement être affichés sur les profils des utilisateurs, par exemple) et les profils des consommateurs.

En Suisse, parmi les personnes ayant répondu à l'enquête Gaysurvey 2014(12), 49.8% ont rapporté avoir consommé de l'alcool lors de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 33.2% du poppers, 20.8% du viagra, 14.7% du cannabis, 6.6% de la cocaïne, 5.3% du GHB, 4.3% des amphétamines/ecstasy, 1.1% du crystal meth et 0.6% du LSD.

En ce qui concerne les personnes trans, selon les statistiques des centres de santé sexuelle suisses qui utilisent l'outil BerDa (outil électronique d'anamnèse, de conseil et de déclaration) élaboré par l'Office de la santé publique, entre février 2013 et février 2017, 294 consultations ont été enregistrées. Dans 9 consultations, les personnes ont déclaré consommer souvent ou presque toujours des drogues récréatives lors des rapports sexuels (3.1% des consultations) et dans 11 consultations (3.7%) les personnes ont déclaré consommer souvent ou presque toujours de l'alcool lors des rapports sexuels.

S'agit-il pour autant toujours de *chemsex*, ou bien de relations sexuelles suite à une ou des consommation(s) ? Dans les définitions courantes du *chemsex*, en effet, les notions d'intentionnalité et de planification sont présentes, ce qui peut ne pas être le cas lors de rapports sexuels après une ou des consommation(s), en contexte festif par exemple. Reste, toutefois, que ces consommations et rapports sexuels ont lieu, avec les possibles conséquences associées en termes de santé.

Si l'on se restreint aux principaux produits utilisés dans le cadre du *chemsex* (GHB/GBL, ketamine, crystal meth et méphédrone), dans l'enquête européenne EMIS(13), il a été constaté que 7% des 1009 participants résidant à Zurich ont utilisé un de ces produits au cours des 4 dernières semaines. Ce taux est un des plus hauts en Europe.

Le *chemsex* se définit par l'usage de substances psychoactives avant ou pendant le sexe. Bien que nous parlions, ici, du contexte gay-HSH, il faut souligner qu'il est pratiqué aussi par des personnes se définissant comme hétérosexuelles, et comprend également l'alcool. Une pratique particulière de *chemsex*, le « slam », semble par contre se limiter (sans que cette limite soit bien entendu absolue) aux hommes qui ont du sexe avec des hommes. Le slam se caractérise par l'administration de produits psychoactifs par injection intraveineuse et en contexte sexuel. Les produits principalement utilisés sont les cathinones, la cocaïne et la méthamphétamine(14). La pratique du slam est souvent rapportée comme pratique minoritaire, ancrée seulement dans certains groupes, mais qui pourrait être en voie de diffusion.

A travers la pratique du *chemsex*, les buts recherchés les plus souvent rapportés sont la recherche de bien-être, l'euphorie et la recherche de sensations, la stimulation et l'excitation sexuelle, l'augmentation du plaisir sexuel, l'endurance, mais aussi le fait d'oublier les soucis du quotidien(15).

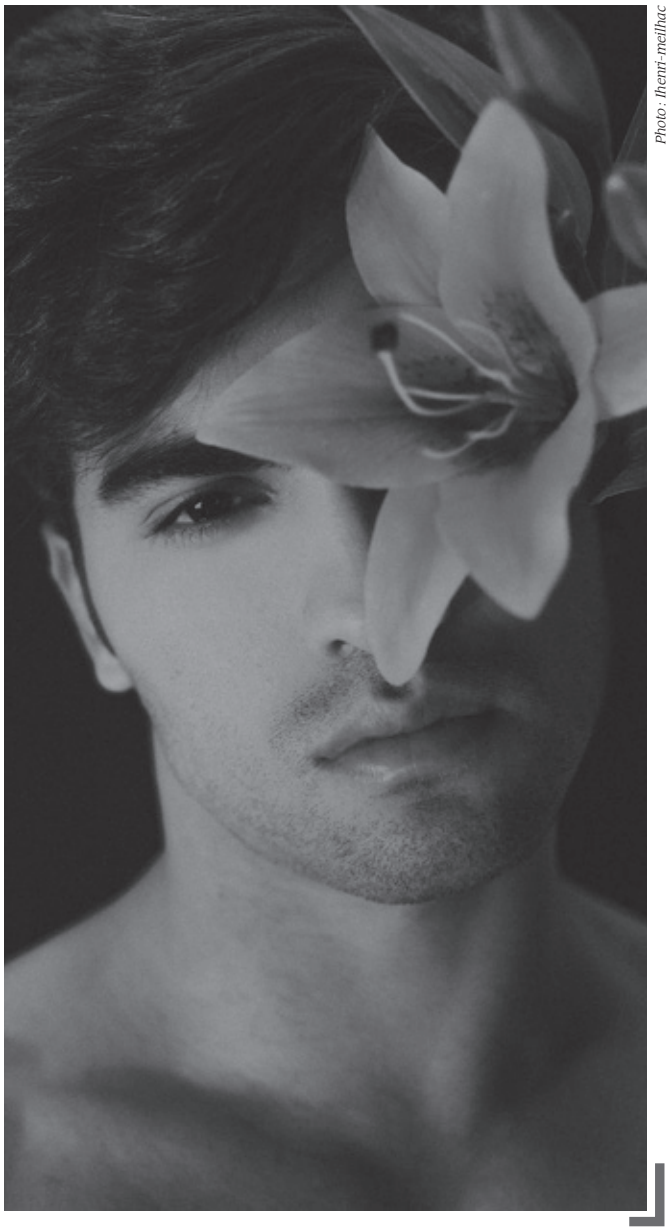


Photo : thenri-meilhac

LES CONSÉQUENCES POTENTIELLES DU *CHEMSEX*

Tout en rappelant que les personnes pratiquant le *chemsex* ne sont, a priori, pas toutes en difficulté, parmi les professionnel-le-s de santé, un certain nombre de préoccupations sont liées à cette pratique. Lors de sessions sexuelles avec consommations de produits et avec des partenaires multiples, les transmissions de VIH, VHB, VHC et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) peuvent être plus fréquentes. Les sniffs et les injections peuvent également contribuer à ces transmissions, surtout si elles ne suivent pas les recommandations du *safer use*. Au-delà des transmissions du VIH et des autres IST, les risques du *chemsex* sont médicaux (intoxications aigües, mauvaises descentes, abcès, interactions médicamenteuses notamment avec les traitements antirétroviraux) et psychosociaux (perte de maîtrise de la consommation et addiction, désocialisation et dégradation de la santé psychique) (16-18). Pour les personnes séropositives au VIH, l'usage problématique de substances peut avoir une conséquence sur l'observance du traitement ou des interactions avec celui-ci avec une potentielle incidence sur le maintien de la charge virale indétectable et donc la résurgence d'un risque de transmission et un risque de développement de résistances.

Une addiction à la fois sexuelle et aux produits peut se présenter. Ou alors, la visée sexuelle des consommations peut disparaître et laisser place à la seule consommation, ou la sexualité peut devenir un prétexte pour l'usage de produits. Peut également se présenter l'impossibilité d'avoir une sexualité sans consommation de produit.

COMMENT INTERVENIR?

Outre la nécessité d'intervenir «en amont» concernant tous les facteurs pouvant influencer négativement la santé globale des personnes LGBT – stigmatisations, rejets, insécurité, … - en ce qui concerne spécifiquement les consommations, il est important d'intervenir à plusieurs niveaux, individuel et structurel. Une prévention et information générales des publics cibles et des intervenant-e-s auprès de ceux-ci sur les consommations est importante. Mais elle ne devrait pas se réduire à des informations sur les produits et les conséquences des consommations. Une intervention, générale et de proximité/individualisée, sur le safer use qui prenne en considération les aspects liés aux consommations en contexte sexuel, non moralisant et non stigmatisant, est indispensable.

Depuis plusieurs années, une mobilisation des organismes actifs dans la santé LGBT va dans ce sens. Au sein de ces organismes, les thématiques des consommations et du *chemsex* sont de plus en plus intégrées proactivement dans les actions et interventions communautaires ou dans les consultations de santé, globale ou sexuelle, dans le but également de favoriser l'expression et le dialogue. Un défi qui se présente est celui de toucher les personnes qui ne fréquentent pas ou ne sont pas touchées par les circuits de la prévention et de la réduction des risques classiques.

Les consommations de produits pouvant être sujet à la désapprobation sociétale, certaines personnes éprouvent des difficultés à en parler ouvertement, à leur médecin ou à d'autres acteurs et actrices de santé. Les enjeux liés à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, et éventuellement au *chemsex*, peuvent s'ajouter à ces freins. Pour ces raisons, il est important que ces éléments soient pris en considération systématiquement et avec une attitude favorisant l'expression, par tous les acteurs et actrices de santé, généralistes, mais aussi spécialisé-e-s dans les domaines des addictions ou de la santé sexuelle. Cela passe naturellement par la prise de conscience des liens et facteurs – et des représentations à ce sujet, mais aussi par la formation spécialisée.

CONCLUSION

Constatant que les questions de consommations de produits touchent les populations LGBT de manière plus élevée par rapport à la population générale, et que des pratiques telles que le *chemsex* peuvent avoir des conséquences négatives pour les personnes les pratiquant, reconnaître ces thématiques dans les consultations de santé générale, mais aussi d'addictologie et de santé sexuelle, de manière déconstruite et non moralisante est fondamentale pour favoriser l'expression, le lien et pour intervenir de manière précoce. Parallèlement, la mobilisation communautaire, la prévention et l'information, sur les produits mais aussi sur le safer use concernant les produits en prenant en considération les aspects liés à la sexualité sont également des actions nécessaires.

Guido.Biscontin@profa.ch

Références

1. Bize R (dir.). PREOS, Rapport du groupe santé. Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: le rôle du système de santé. Etat des lieux et recommandations. Lausanne, 2012.

2. Berrut S. La consommation de tabac, d'alcool et de drogues chez les lesbiennes et les femmes bisexuelles de Suisse Romande, mémoire post-grade en statistique, Université de Neuchâtel, 2007.

3. Descuves A. La santé des femmes qui aiment les femmes. Cité dans: Berrut, S. LOS-INFO, la santé de femmes qui aiment les femmes. LOS – Santé pluriElle, 2015.

4. Berthet T, Prasad P. Substance use among men who have sex with men consulting Checkpoint Geneva. Université de Genève, 2016.

5. Stuart D, Collins S. Methmephangee – ChemSex vs recreational drug use: a proposed definition for health workers. HIV Treatment Bulletin (e), volume 16 number 5/6, may—june 2015.

6 Bize R (dir.). Ibidem

7. Berrut S. Ibidem

8. Descuves A. Ibidem

9. Berthet T, Prasad P. Ibidem

10. Bize R (dir.). Ibidem

11. Bonnet N et al. Chemsex, Livret d'information pour les professionnel(le)s et les intervenant(e)s de santé. RESPADD Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions. 2016.

12. Lociciro S, Bize R. Les comportements face au VIH/Sida des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2015 (Raisons de santé 253).

13. Schmidt A. J, Bournea A, Weatherburna P, Reida D, Marcusc U, Hicksona F. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey. The EMIS Network. International Journal of Drug Policy 38, 2016.

14. Foureur N, Fournier S, Jauffret-Roustide M, Labrouve V, Pasca, X, Quatremère G, Rojas Castro D. SLAM : enquête qualitative en France. Pantin (France), AIDES, 2013.

15. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2014.

16. Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Martinez M, Néfau T, Milhet M. Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2015-2016). « Tendances » n° 115. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, décembre 2016.

17. Stuart D, Collins S. Ibidem

18. Bonnet N et al. Ibidem

UN POINT SUR LES ADDICTIONS SEXUELLES

Laurent Karila, Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, Hôpital Universitaire Paul Brousse, Groupe Hospitalier Paris-Sud, AP-HP; Université Paris Sud; INSERM U1000; Porte Parole de l'Association SOS Addictions (www.sos-addictions.org) et Geneviève Lafaye , Sarah Coscas , Amine Benyamina, Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement des Addictions, Hôpital Universitaire Paul Brousse, Groupe Hospitalier Paris-Sud, AP-HP; Université Paris Sud

L'addiction sexuelle reste un sujet peu reconnu, bien que les connaissances sur le sujet s'accumulent. Les auteurs nous proposent un état des lieux des connaissances cliniques actuelles, de ses formes diverses, et de l'approche thérapeutique. (réd.)

DONNÉES GÉNÉRALES

L'analyse de la littérature retrouve différentes dénominations pour évoquer une sexualité addictive : nymphomanie, don juanisme(1), sexualité compulsive/impulsive(2), perte de contrôle sexuelle(3), addiction sexuelle, ou trouble hypersexualité (4-5). Les comportements sexuels excessifs ont été décrits pour la première fois en 1812 par Rush(6). Krafft-Ebing, évoque l'ancêtre de l'addiction sexuelle dans son ouvrage *Psychopathia Sexualis* en 1886. L'acte sexuel est, selon lui, considéré comme une propagation de l'espèce. L'*hyperesthesia* ou libido exacerbée correspondait à l'addiction sexuelle(7). En 1978, le comportement sexuel excessif non paraphilique est conceptualisé par Orford(8). Le spectre impulsif, impliquant le plaisir, l'évitement, la gratification, et compulsive (impliquée dans la persistence du comportement) est associé à l'addiction sexuelle selon Mick et Hollander(2). Patrick Carnes, avec *« Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction »* et ses nombreux travaux met en avant le trouble(9). Kinsey et collaborateurs se basent sur le nombre total d'orgasmes par semaine en lien avec différents supports sexuels comme la masturbation, les rapports sexuels multiples avec adultes consentants, le sexe oral…(10). L'addiction sexuelle devait figurer dans le DSM-5 (5e version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de l'Association Américaine de Psychiatrie) sous le terme « trouble hypersexualité » dans un chapitre autre que les troubles liés à l'usage de substances, le jeux de hasard et d'argent(5). Il a été retiré car il n'y avait pas suffisamment d'arguments scientifiques malgré le nombre croissant de patient(e)s ces dernières années et de publications de recherche sur cette thématique(11-13).

Aucun travail épidémiologique sur de grandes populations ayant cette addiction comportementale n'est disponible à notre connaissance. Selon les séries, les prévalences varient de 3 à 17%(14-18). La littérature met en avant des chiffres variant entre 3 et 6% pour les comportements sexuels excessifs(19). Wetterneck et ses collaborateurs suggèrent une augmentation de la prévalence du trouble depuis l'apparition d'Internet et des nombreux sites pour adultes(20). Depuis plusieurs années, le web est devenu l'un des premiers outils utilisés par les consommateurs de matériel sexuel et pornographique, le mot clé « sexe » étant très fréquemment recherché sur Internet(21) et la pornographie générant le revenu le plus fructueux sur la toile(22). Le ratio hommes/femmes est de 3 à 5/1 avec une probable sous-représentation féminine(23-24). Les hommes présentent plus d'insatisfaction dans leur vie sexuelle, de problèmes relationnels et consultent plus pour des problèmes sexuels(23, 25). Lors des premiers entretiens, il est important de rechercher la notion d'âge de début précoce de l'activité sexuelle, de familles dysfonctionnelles, d'abus sexuel, de conduites sexuelles à risque, de trouble de l'attachement avec des conséquences développementales affectives, cognitives et comportementales(26-28).

DONNÉES CLINIQUES

L'addiction sexuelle s'inscrit dans un cycle clinique similaire à celui des substances comme la cocaïne, les opiacés, les amphétamines, les nouveaux produits de synthèse par exemple(29). Il s'agit d'un tableau clinique caractérisé par une perte de contrôle dans différents aspects de la vie, des comportements, des envies sexuelles urgentes, des fantasmes récurrents, intenses, ayant des conséquences négatives sur le fonctionnement de la vie quotidienne(30). Les symptômes les plus fréquents sont des pensées ou des comportements sexuels obsédants, des fantasmes et des expériences sexuelles virtuelles ou réelles répétés, une diversité élevée de comportements sexuels (à la différence des paraphilies)(29), des sentiments de culpabilité, de honte, de désespoir, de solitude, d'ennui, de faible estime de soi, de lutte contre des émotions négatives, de la rationalisation à poursuivre des comportements sexuels compulsifs, de l'indifférence face aux partenaires sexuels, de la préférence pour le sexe anonyme, de déconnecter sa vie amoureuse de sa vie sexuelle(25, 31, 32).

Il faut également rechercher cliniquement(27): une perte de contrôle du comportement sexuel ; une impossibilité d'interrompre son comportement sexuel ; la persistance de la poursuite des comportements sexuels à risque ; une perte de temps importante à rechercher des activités sexuelles ou à être impliqué dans des activités sexuelles réelles ou virtuelles ; un certain temps de récupération post-activités sexuelles ; l'envie d'arrêter, de limiter ou de réduire son comportement sexuel sans y arriver ; un craving ; un phénomène de tolérance ; un comportement sexuel utilisé comme un mode de *coping* (faire face à…) ; des fluctuations ou des changements importants de l'humeur

en lien avec l'activité sexuelle ; des conséquences sociales, en premier lieu, physiques, psychologiques. Le sujet agit en réponse à des états dysphoriques ou à des évenements de vie stressants(33-35). Kafka a décrit des critères diagnostiques de ce trouble (tableau 1).

Il existe des symptômes aspécifiques de sevrage lorsque la consommation sexuelle est impossible ou réduite(29) :

- asthénie,
- insomnie,
- nervosité,
- irritabilité,
- sueurs,
- nausées,
- augmentation de la fréquence cardiaque.

Des questionnaires peuvent être utilisés en consultation pour conforter le diagnostic d'addiction sexuelle. Citons comme exemple le questionnaire PEACCE, version française (traduction par Karila en 2014, données non publiées) du questionnaire PATHOS de Carnes en 2011. Cet outil psychométrique court (6 items dichotomiques) permet de mesurer les préoccupations, le sentiment de honte, le fait d'avoir blessé autrui, la recherche d'aide, la perte de contrôle, et la tristesse face au comportement sexuel problématique(36).

	OUI	**NON**
1) Trouvez-vous que vous êtes souvent préoccupé par des pensées sexuelles ? (Pensées)		
2) Cachez-vous certains de vos comportements sexuels à votre entourage (partenaire de vie, famille, ami(e)s proches…) (Entourage)		
3) Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'appréciez pas de faire ? (Aide)		
4) Est-ce que quelqu'un a déjà été heurté émotionnellement à cause de votre comportement sexuel ? (Comportement)		
5) Vous sentez-vous contrôlé par votre désir sexuel ? (Contrôle)		
6) Vous sentez-vous triste après être passé à l'acte sexuellement (rapports sexuels, Internet, autre) ? (Emotions)		

Cotation : _____ / 6

Un score supérieur ou égal à 3 évoque une addiction sexuelle.

Concernant les comportements du sujet ayant ce trouble addictif, l'analyse de la littérature retrouve la recherche de partenaires sexuels unique ou multiples, la masturbation compulsive, la sexualité en ligne, l'engagement dans des relations sexuelles sans aucune émotion, du sexe réel ou virtuel tarifé, des pratiques sexuelles à risque, ce qui est très marqué est la notion d'une seconde vie sexuelle « cachée » 31-32).

Tableau 1.
Critères du trouble hypersexualité proposés par Kafka en 2010(5).

A. Présence, pendant une période d'au moins 6 mois, de fantaisies sexuelles intenses et récurrentes, de pulsions sexuelles ou de comportements sexuels associés à 3 ou plus des 5 critères suivants :

A1. Le temps consacré pour des fantaisies, des pulsions ou des comportements sexuels interfère de manière répétée avec d'autres buts, activités et obligations importantes (non sexuelles).

A2. Engagement répété dans des fantaisies, des pulsions ou des comportements sexuels en réponse à des états d'humeur dysphorique (p. ex., anxiété, dépression, ennui, irritabilité).

A3. Engagement répété dans des fantaisies, des pulsions ou des comportements sexuels en réponse à des événements de vie stressants.

A4. Des efforts répétés, mais inefficaces, pour contrôler ou réduire ces fantaisies, pulsions ou comportements sexuels.

A5. Engagement répété dans des comportements sexuels malgré les risques de blessures physiques ou émotionnelles, pour soi ou pour autrui.

B. Les fantaisies, impulsions sexuelles, ou comportements sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Ces fantaisies, impulsions sexuelles, ou comportements ne sont pas dus aux effets directs d'une substance (p. ex., un abus de drogue ou une médication).

Spécifié si :
- Masturbation
- Pornographie
- Comportement sexuel avec des adultes consentants
- Cybersexe
- Sexe téléphonique
- Clubs de striptease
- Autre

FORMES CLINIQUES

Il existe différentes formes cliniques du trouble addictif sexuel (37-39). Il s'agit de la masturbation excessive ou compulsive (40), l'addiction cybersexuelle, différents types de comportements sexuels avec des adultes consentants, le sexe via le téléphone mobile, la fréquentation excessive de clubs spécialisés (5). Coleman et ses collaborateurs ajoutent d'autres sous-types de comportements comme la drague compulsive, la recherche de partenaires difficiles à atteindre ou à séduire, la recherche compulsive de relations amoureuses(31).

Bancroft et ses collègues ont plutôt travaillé sur 2 types de comportements sexuels à risque de perte de contrôle (fréquentes causes de consultation spécialisée) : la masturbation et l'utilisation excessive d'Internet à la recherche d'une gratification sexuelle immédiate.

La masturbation compulsive, acte d'autostimulation, n'a pas de norme en terme de fréquence. Il peut s'agir de plus d'une fois par jour pendant au moins une année. Pris isolément, cette définition n'est en rien pathologique. D'ailleurs se masturber n'est en rien pathologique. Il faut que les autres critères d'addiction sexuelle, cités plus haut, soient présents. Il existe la plupart du temps un sentiment de solitude culpabilisante à la fin de l'orgasme. La fin de l'acte est surtout liée à la fatigue, aux blessures physiques et à la pression sociale plus qu'à la satisfaction sexuelle(41).

Depuis l'apparition du web, la cybersexualité est plus rapidement et anonymement accessible, et cette industrie a littéralement explosé ces dernières années(3). La sexualité en ligne est à l'origine de différentes conduites telles que chercher, visionner et télécharger un support pornographique ou érotique, prendre part à des *chats* sexuels, participer à et/ou regarder des pratiques sexuelles via une webcam, chercher en ligne des partenaires pour de la sexualité hors-ligne, ou encore, chercher des informations/conseils sur la sexualité. Il y a aussi les jeux de rôles virtuels dans lesquels il est possible de créer soi-même son partenaire sexuel virtuel idéal, en choisissant sa tenue, ses mensurations, sa couleur de peau, de cheveux, la couleur des yeux, les positions sexuelles pratiquées et les lieux dans lesquels se dérouleront les activités sexuelles. Certains de ces sites proposent également la vente de sextoys connectés (à l'ordinateur par un port USB) permettant de vivre des expériences virtuelles tactiles dans lesquelles le mouvement, le rythme, et la pression exercée accompagnent les gestes de la personne se trouvant derrière son écran(42). L'addiction cybersexuelle semble se développer en partie en lien avec les effets plaisants qu'elle procure (excitation sexuelle, plaisir, gratification) et/ou d'autorégulation (relaxation, réduction des émotions négatives, réduction du stress).

CONSÉQUENCES DE L'ADDICTION SEXUELLE

Les conséquences de l'addiction sexuelle sont nombreuses(39). Il y a des risques d'infections sexuellement transmissibles en raison d'une non-protection lors des rapports sexuels (VIH, chlamydiose, gonococcie…) et de grossesse non désirée(9, 23).

L'addiction sexuelle peut être associée à des épisodes dépressifs, anxieux, à des difficultés relationnelles et d'intimité, à des problèmes professionnels, à des pertes financières, à une diminution de la satisfaction sexuelle, à une diminution de l'intérêt pour les activités sexuelles hors ligne, à de la honte, de la culpabilité, de la solitude. Certaines études ont montré que l'utilisation de pornographie chez l'un des partenaires avait un impact négatif sur la relation de couple avec une diminution de la confiance dans la relation, et une diminution des relations sexuelles dans le couple, une augmentation des critiques envers le corps du partenaire, ainsi que chez le partenaire, une baisse de l'estime de soi, une augmentation de la solitude, et des tensions conjugales (Pour Revue(42))

Les comorbidités psychiatriques retrouvées sont les troubles de l'humeur, des troubles anxieux (trouble anxiété sociale, état de stress post traumatique), la schizophrénie et un trouble hyperactivité avec déficit de l'attention(2, 27, 37, 43). Les études sur les fonctions neurocognitives dans les addictions sont contradictoires(29). Il existe des co-addictions au tabac, à l'alcool, aux drogues illicites (cocaïne, GBL, nouveaux produits de synthèse…), un mésusage des médicaments facilitant l'érection et aux jeux de hasard et d'argent, en particulier, chez les hommes(5).

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

Comme pour les autres addictions comportementales, l'approche thérapeutique devrait combiner agents pharmacologiques et psychothérapies(44).

Les comorbidités psychiatriques, somatiques et sociales doivent être prises en compte de façon concomitante. Une prise en charge individuelle peut être complétée par des groupes.

Aucun traitement pharmacologique n'a d'autorisation officielle par des autorités compétentes pour ce trouble. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'essais contrôlées contre placebo publiés sur cette question. Une étude randomisée sur 12 semaines a été mené avec le citalopram, un antidépresseur de la famille des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine(45). D'autres études ouvertes ou des cas rapportés avec la fluoxétine(46), la naltrexone(47) et le topiramate(48) ont montré une diminution des comportements sexuels excessifs.

Les entretiens motivationnels, la thérapie cognitive et comportementale, les thérapies de couple et familiale doivent être intégrés dans la prise en charge des patients(49).

Enfin, les groupes d'auto-support comme DASA (dépendants affectifs et sexuels anonymes) doivent être proposés aux patients(50).

Références

1. Rinehart, N.J. and M.P. McCabe, *Hypersexuality: Psychopathology or normal variant of sexuality.* Journal of Sex and Marital Therapy, 1997. **12**: p. 45–60.

2. Mick, T.M. and E. Hollander, I*mpulsive-compulsive sexual behavior.* CNS Spectr, 2006. **11**(12): p. 944-55.

3. Bancroft, J., *Sexual behavior that is «out of control»: a theoretical conceptual approach.* Psychiatr Clin North Am, 2008. **31**(4): p. 593-601.

4. Gilliland, R., et al., T*he roles of shame and guilt in hypersexual behavior.* Sexual Addiction and Compulsivity, 2011(18): p. 12-29.

5. Kafka, M.P., *Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V.* Arch Sex Behav, 2010. **39**(2): p. 377-400.

6. Rush, B., *Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind. Birmingham, AL: Gryphon Editions Ltd.* 1979.

7. Krafft-Ebbing, R., *Psychopatia Sexualis. New York: Paperback Library, (original work published in 1886).* 1965.

8. Orford, J., *Hypersexuality: Implications for a theory of dependence.* British Journal of Addiction, 1978. **73**: p. 299-310.

9. Carnes, P., *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction. Hazelden Information & Educational Services; Édition : 3rd Revised edition* 2001.

10. Kinsey, A., W. Pomeroy, and C. Martin, S*exual Behavior in the Human Male. Philadelphia: Saunders.* 1948.

11. Krueger, R.B. and M.S. Kaplan, *The paraphilic and hypersexual disorders: an overview.* J Psychiatr Pract, 2001. **7**(6): p. 391-403.

12. Levine, S.B., *What is sexual addiction?* J Sex Marital Ther, 2010. **36**(3): p. 261-75.

13. Womack, S., et al., *Measuring Hypersexual Behavior. Sexual Addiction & Compulsivity:* The Journal of Treatment & Prevention, 2013. **20**(1-2): p. 65-78.

14. Sussman, S., N. Lisha, and M. Griffiths, *Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? Evaluation Health Professional,* 2011. **34**(1): p. 3-56.

15. Cooper, A., et al., *Toward an increased understanding of user demographics in online sexual activities.* Journal of Sex and Marital Therapy, 2002. **28:** p. 105-129.

16. Cook, D.R., *Self-identified addictions and emotional disturbances in a sample of college students.* Psychology of Addictive Behaviors, 1987. **1:** p. 55-61.

17. MacLaren, V.V. and L.A. Best, *Multiple addictive behaviors in young adults: Student norms for the Shorter PROMIS Questionnaire.* Addictive Behaviors, 2010. **35:** p. 252-255.

18. Seegers, J.A., *The Prevalence of Sexual Addiction Symptoms on the College Campus.* Sexual addiction and compulsivity, 2003. **10:** p. 247-258.

19. Kuzma, J.M. and D.W. Black, E*pidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual* behavior. Psychiatr Clin North Am, 2008. **31**(4): p. 603-11.

20. Wetterneck, C., et al., *The role of sexual compulsivity, impulsivity, and experential avoidance in Internet pornography use.* The Psychological Record, 2012. **62:** p. 3-18.

21. Griffiths, M., Sex on the Internet: *Observations and implications for internet sex addiction.* Journal of Sexual Research, 2001. **38:** p. 333-342.

22. Young, K.S., *Internet Sex Addiction: Risk Factors, Stages of Development, and Treatment.* American Behavioral Scientist, 2008. **52:** p. 21-37.

23. Carnes, P.J., *Sexual addiction and compulsion: recognition, treatment, and recovery.* CNS Spectr, 2000. **5**(10): p. 63-72.

24. Black, D.W., *The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior.* CNS Spectr, 2000. **5**(1): p. 26-72.

25. Karila, L., et al., *Sexual addiction or hypersexual disorder: different terms for the same problem? A review of the literature.* Curr Pharm Des, 2014. **20**(25): p. 4012-20.

26. Earle, R. and G. Crow, *Lonely all the time: Recognizing, understanding, and overcoming sex addiction of addicts and codependents. New York: Pocket Books.* 1998.

27. Carnes, P., *Don't Call It Love. New York, NY: Bantam Books.* 1991.

28. Mellody, P., *Facing love addiction: Giving yourself the power to change the way you love. San Francisco: Harper SanFrancisco.* 1992.

29. Karila, L., et al., *Sexual Addiction or Hypersexual Disorder: Different Terms for the Same Problem? A Review of The Literature.* Curr Pharm Des, 2013.

30. Storholm, E.D., et al., *Proposing a tentative cut point for the Compulsive Sexual Behavior Inventory.* Arch Sex Behav, 2011. **40**(6): p. 1301-8.

31. Coleman, E., N. Raymond, and A. McBean, *Assessment and treatment of compulsive sexual behavior.* Minn Med, 2003. **86**(7): p. 42-7.

32. Coleman-Kennedy, C. and A. Pendley, *Assessment and diagnosis of sexual addiction.* Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 2002. **8**(5): p. 143-151.

33. Reid, R.C., et al., *Alexithymia, emotional instability, and vulnerability to stress proneness in patients seeking help for hypersexual behavior.* Journal of Sex and Marital Therapy, 2008. **34:** p. 133-149.

34. Raymond, N.C., E. Coleman, and M.H. *Miner, Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior.* Compr Psychiatry, 2003. **44**(5): p. 370-80.

35. Miner, M.H., et al., *The compulsive sexual behavior inventory: psychometric properties.* Arch Sex Behav, 2007. **36**(4): p. 579-87.

36. Carnes, P.J., et al., *PATHOS: a brief screening application for assessing sexual addiction.* Journal of Addiction Medecine, 2012. **6:** p. 29-34.

37. Garcia, F.D. and F. Thibaut, *Sexual addictions.* Am J Drug Alcohol Abuse, 2010. **36**(5): p. 254-60.

38. Goodman, A., *Diagnosis and treatment of sexual addiction. J Sex Marital Ther,* 1993. **19**(3): p. 225-51.

39. Gold, S.N. and C.L. Heffner, *Sexual addiction: many conceptions, minimal data.* Clin Psychol Rev, 1998. **18**(3): p. 367-81.

40. Kafka, M.P. and R.A. Prentky, *Compulsive sexual behavior characteristics.* Am J Psychiatry, 1997. **154**(11): p. 1632.

41. Karila, L., *Votre plaisir vous appartient. Editions Flammarion, Paris.* 2016.

42. Wéry, A., et al., *Conceptualisation, évaluation et traitement de la dépendance cybersexuelle : Une revue de la littérature.* Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 2014. **55**(4): p. 266-281

43. Semaille, P., *(The new types of addiction).* Rev Med Brux, 2009. **30**(4): p. 335-57.

44. Dawson, G.N. and D.E. Warren, *Evaluating and treating sexual addiction.* Am Fam Physician, 2012. **86**(1): p. 74-6.

45. Wainberg, M., et al., *A double-blind study of citalopram versus placebo in the treatment of compulsive sexual behaviors in gay and bisexual men.* J Clin Psychiat 2006. **67**(12): p. 1968–1973.

46. Kafka, M.P. and R. Prentky, *Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men.* J Clin Psychiatry, 1992. **53**(10): p. 351-8.

47. Bostwick, J.M. and J.A. Bucci, *Internet sex addiction treated with naltrexone.* Mayo Clin Proc, 2008. **83**(2): p. 226-30.

48. Khazaal, Y. and D.F. *Zullino, Topiramate in the treatment of compulsive sexual behavior: case report.* BMC Psychiatry, 2006. **6:** p. 22.

49. Carroll, K.M. and L.S. *Onken, Behavioral therapies for drug abuse.* Am J Psychiatry, 2005. **162**(8): p. 1452-60.

50. Southern, S., *Treatment of compulsive cybersex behavior.* Psychiatr Clin North Am. , 2008. **31**(4): p. 697-712.

PATHOLOGISATION DU SEXE DANS LA SOCIÉTÉ
PERSPECTIVES HISTORIQUES ET QUESTIONNEMENTS DE NOS CATÉGORIES DE PENSÉE SUR LA SEXUALITÉ.

Delessert Thierry, Dr. ès sciences politiques, historien. Centre en Etudes Genre, Université de Lausanne, et Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles.

La perspective historique est instructive à plusieurs égards: elle permet de mettre en lumière que la nomenclature des maladies sont toujours liées à un contexte historico-politique donné. Ainsi, le domaine de la sexualité n'y échappe pas: de vice chrétien à comportement sain ou malsain, la masturbation, le plaisir féminin ou l'homosexualité sont emblématiques du besoin des sociétés de contrôler la sexualité. De quoi garder un certain recul vis-à-vis des pathologisations de la sexualité à l'œuvre aujourd'hui (réd.).

LA FORMATION D'UNE « SCIENCE SEXUELLE »

Dès la seconde moitié du XIX[e] siècle se forme un savoir médical sur les sexualités « déviantes » ou « perverses », d'abord classées comme des manies, puis comme des dégénérescences. Ces conceptions s'inscrivent dans un vaste processus de sécularisation des préceptes chrétiens par des classes sociales éduquées constituant le Corps d'Etat de nos Nations modernes : les médecins et les juristes. Ainsi, la pathologisation de la sexualité correspond à un transfert du « Bien » et du « Mal » chrétiens dans le « sain » et le « pathologique ». Par ailleurs, la médicalisation opérée par cette forme de proto-sexologie aboutit sur la construction de catégories déviantes, tout en taisant la sexualité « normale »(1). Selon Michel Foucault, la sexualité est devenue une relation de pouvoir entre les hommes et les femmes, entre les générations et entre les classes sociales. Ainsi, le savoir/pouvoir médical a développé quatre dispositifs d'expertise sur le sexe : la pédagogisation de la sexualité juvénile, l'hystérisation du corps féminin, la psychiatrisation des plaisirs non procréatifs et la socialisation des conduites procréatrices(2).

LA PÉDAGOGISATION DE LA SEXUALITÉ JUVÉNILE : LA LUTTE CONTRE LA MASTURBATION

La lutte contre l'onanisme des jeunes hommes est l'héritière du puritanisme protestant et popularisée par le médecin lausannois Samuel-Auguste Tissot (1728-1797). Son livre, *De l'onanisme, dissertation sur les maladies produites par la masturbation* paru en 1760, connaît un immense succès avec 67 rééditions en français et des traductions dans cinq autres langues. Il va déterminer les vues de l'Occident sur la santé sexuelle jusque dans les années 1960-1970. Selon Tissot, la masturbation prive le corps de ses fluides essentiels, échauffe le cerveau et mène à un affaiblissement général qui se traduit par une diminution de la vue, des désordres digestifs, une fatigue mélancolique, puis, finalement, la mort. Aussi la considère-t-il comme une forme de suicide(3).

Ces conceptions sont amplement reprises dans le discours médical tout le long du XIX[e] siècle, voire même diffusées auprès des familles bourgeoises par des petites bandes dessinées. Signe de la longue durée de ces vues, la première Nomenclature internationale des maladies – ci-après CIM – mentionne la masturbation dans sa liste des maladies du système nerveux pouvant causer la mort(4). Elle le reste dans les trois éditions suivantes, avant de devenir non létale dès 1938. A la suite de la Seconde Guerre mondiale, la masturbation devient classée comme un symptôme de troubles comportementaux juvéniles(5).

Les traitements préconisés suivent ceux édictés par Tissot : l'exercice physique, le grand air, l'alimentation légère et les douches froides. Toutefois, une vingtaine de dispositifs destinés à prévenir des érections et la masturbation sont inventés aux USA entre les années 1850 et 1930. Par ailleurs, le médecin adventiste, fondateur de la dynastie céréalière portant son nom, John Harvey Kellogg (1852-1943), préconise dès 1877 la circoncision, avec ou sans anesthésie, comme traitement aversif. L'argument puritain et pseudo-médical s'est vu ensuite substitué par des considérations hygiéniques pour banaliser cet acte chirurgical encore d'actualité aux USA et au Canada(6).

L'HYSTÉRISATION DU CORPS FÉMININ : DES HUMEURS VAPOREUSES À UN SYMPTÔME PSYCHIATRIQUE

L'hystérie est l'héritière de la « théorie des vapeurs » de la médecine grecque antique : la matrice s'enflamme et envoie ses effluves dans le cerveau des femmes. Cette conception se voit toutefois réactualisée par Tissot qui postule que les femmes ont des fibres nerveuses plus courtes que celles des hommes. Elles éprouvent donc plus fortement des sensations, et la lecture romanesque, considérée comme un onanisme moral, peut les mener à l'hystérie via un même mécanisme d'inflammation vaporeuse par des imaginations lascives. L'accès profane à la lecture est perçu comme une épidémie sociale, et le discours médical devient une version laïcisée de la dénonciation ecclésiastique de l'amoralité des romans(3).

Les femmes se voient insérées dans une cosmogonie du Mal et du pathologique quand elles se substituent à leurs rôles traditionnels d'épouse et de mère. Le directeur du secteur des incurables de l'hôpital de la Salpêtrière à Paris, Jean-Martin Charcot (1825-1893), fait de l'hystérie une maladie ayant un siège cortical. Il s'attache ainsi à en faire une maladie affectant les deux sexes, mais il laisse abondamment photographier les crises de très jeunes femmes dans des postures quasi érotiques pour l'époque. Par ailleurs, il est l'inventeur du compresseur ovarien, une espèce de tournevis, qui, en appuyant sur les ovaires, freine ou déclenche une crise hystérique. Enfin, on interne dans son secteur des jeunes femmes qui avaient pour symptômes des personnalités dotées d'intelligence et de volonté(7).

En comparaison, les hommes hystériques le sont devenus à la suite de chocs nerveux résultant de traumatismes violents et d'accidents de travail. Elle touche surtout les travailleurs manuels tels les terrassiers, les manœuvriers, maçons, forgerons, charpentiers ou les chauffeurs de locomotive. En Allemagne, ce diagnostic chez un homme sert à le discriminer et à le priver de ses droits aux allocations pour perte de gains. Après la Première Guerre mondiale, ce diagnostic sert à exclure des soldats atteints de chocs psycho-traumatiques du système de pension pour anciens combattants invalides et à les envoyer dans des hôpitaux proches d'usines, dans lesquelles ils sont « réinsérés » sans salaire(8).

Conséquemment, la CIM de 1901 considère l'hystérie comme une maladie du système nerveux(4). Avec le concours de la psychanalyse théorisant l'hystérie comme un blocage de la personnalité dans un stade juvénile, celle-ci se voit classée comme un symptôme d'une psychonévrose après la Seconde Guerre mondiale, avant d'être retirée en 1992 à la faveur de la notion de trouble somatoforme.

LA PSYCHIATRISATION DES PLAISIRS NON PROCRÉATIFS : LA CONSTRUCTION DE L'HOMOSEXUALITÉ

L'homosexualité est emblématique du transfert du vice chrétien dans la santé, mais aussi d'une médicalisation à des fins politiques. En effet, sa psychiatrisation intervient en Allemagne au cours des années 1860-1880, dans le double contexte d'un paragraphe pénal poursuivant les actes commis entre des hommes et du développement de la psychiatrie légale les considérant comme non responsables de leur attirance. Cette primo-psychiatrisation se centre sur les hommes et participe à la faible considération de la sexualité féminine en général. Les homosexuels sont considérés comme des dégénérés par le psychiatre autrichien Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), auteur de l'ouvrage le plus célèbre de l'époque, *Psychopathia Sexualis. Etudes médico-légales à l'usage des médecins et des juges,* publié depuis 1886. Pour sa part, le psychiatre berlinois Magnus Hirschfeld (1868-1935), fondateur de la première association homosexuelle existant au monde, conceptualise l'homosexualité comme un Troisième sexe naturel. Quant à Sigmund Freud (1856-1939), il la théorise depuis ses *Trois essais sur la théorie de la sexualité* parus en 1905 comme une névrose et un arrêt du développement psycho-affectif. Enfin, le psychiatre munichois Emil Kraeplin (1856-1926) tend progressivement à la lier à une psychose dans ses rééditions de son *Traité de psychiatrie* entre 1883 et 1909.

L'absence d'unité théorique se voit renforcée par les apports des concernés. Par exemple, le terme « homosexualité » est inventé en 1869 par le juriste berlinois Karl Maria Benkert (1824-1882) dans le but de la rendre égale avec les relations sexuelles non procréatives entre un homme et une femme. Tous poursuivent, avec des jugements moraux plus ou moins sévères, le but de dépénaliser l'homosexualité en Allemagne. L'ironie de l'Histoire est que leurs tentatives y échoueront, mais vont en revanche trouver un effet en Suisse avec l'introduction de la dépénalisation partielle dans le Code pénal de 1942(9).

Jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale, l'homosexualité n'est pas mentionnée dans la CIM. Elle l'est, par contre, dans la Classification américaine de 1935 sous influence des conceptions de Kraeplin. L'homosexualité apparaît dans la CIM de 1948 sous la catégorie des personnalités pathologiques, mais aussi dans le manuel de la psychiatrie américaine DSM de 1952. Ce faisant, cette catégorisation renforce le Maccarthysme ambiant et la « chasse aux sorcières » dans l'administration américaine et dans les pays ouest-occidentaux. Au cours des années 1960, les deux classifications déplacent l'homosexualité sous les perversions sexuelles et la France l'adopte en 1968. Courant 1974, à la suite d'un vote interne, elle est modifiée pour devenir une égo-dystonie homosexuelle dans le DSM, avant d'être totalement supprimée en 1980. La France supprime la clause en 1982 et l'OMS en 1992(10).

LA SOCIALISATION DES CONDUITES PROCRÉATRICES : LE CONTRÔLE DE LA FÉCONDITÉ FÉMININE

Ce contrôle ressort comme le contrefort d'une hystérique se substituant à la semence masculine : les femmes se voient assujetties à leur rôle collectif valorisé de mères. Plus profondément, il est le révélateur de sécularisations différenciées des chrétientés selon les politiques publiques nationales. Dans la France catholique et pro-nataliste, les femmes sont des mères de famille nombreuses. Dès 1920, sur l'idée d'accroître sa population face à l'Allemagne, la pénalisation de l'avortement est renforcée et les moyens contraceptifs sont interdits. Le régime de Vichy consolide ce dogme en instituant des systèmes de garde des enfants et d'allocations familiales, qui vont se voir renforcée par le développement de l'Etat Providence d'après-guerre. La réalité du « baby-boom », puis les combats des mouvements féministes, vont mener les autorités à autoriser la vente de la pilule contraceptive en 1967, puis à légaliser

les IVG dès 1975 (11). Toutefois, la France demeure encore actuellement fort généreuse par ses dispositifs pour les familles nombreuses.

En Suisse, majoritairement protestante et néo-malthusienne, les femmes sont des mères responsables du devenir de leurs enfants et au service de la « petite famille » afin d'éviter que celle-ci ne devienne un poids pour les autorités publiques(12). En résulte un eugénisme « positif » : l'interdiction de mariage des malades mentaux, la vente autorisée des moyens contraceptifs, mais non sa réclame pour éviter un prosélytisme sexuel auprès de la jeunesse, et l'autorisation des interruptions médicalisées des grossesses. La face cachée est un eugénisme « négatif », tels les stérilisations forcées, les placements d'enfants et les castrations « volontaires » de déviants sexuels. L'ensemble est à restituer dans le contexte d'une Suisse comme étant l'un des pays les plus pauvres de l'Europe avant l'adoption du secret bancaire en 1934. Florissante depuis, le modèle de la famille restreinte pesant sur les épaules des femmes ne fait que perdurer. Moins bien salariées et moins promues en raison de leur obligation de devoir adopter un temps partiel, les femmes suisses paient un lourd tribut à la prospérité du pays.

ORGASMES POUR TOUTES ET TOUS ?

Le sexe s'est vu considéré comme une cause inépuisable de déchéances personnelles et civilisationnelles qu'il s'agit d'encadrer. Les non-dits sont les hommes « normaux » et, plus encore, ceux jugeant, catégorisant et, peut-être, désirant avoir accès à toute cette « polissonnerie du morbide » pour reprendre ici Foucault. De l'ensemble, il ressort une construction binaire, hétérocentrée, plaçant les femmes inférieures par leurs émotions et les hommes supérieurs par leurs capacités érectiles. Depuis les remises en cause de cette binarité par les collectifs de femmes, d'homosexuel-le-s, puis de trans*, dès les années 1970, la sexologie contemporaine a dû revoir ses préceptes.

> ***Le « droit au plaisir » est donc récent et à questionner non seulement pour soi-même, mais aussi pour ceux et celles dont « on s'occupe ».***

Qui voudrait actuellement remettre en cause cette « libération sexuelle » ? Personne ! Mais, pourtant, la commercialisation du Viagra – à l'origine un cardiotonique – ne fait que poursuivre le prima du phallus. La frigidité féminine est un objet d'interrogation quant à son introduction dans les classifications des maladies mentales. Les homosexualités sont considérées par la société civile comme un phénomène de mode. Les trans* sur-jouent leurs appartenances à l'autre sexe pour satisfaire leurs psychiatres.

Le « droit au plaisir » est donc récent et à questionner non seulement pour soi-même, mais aussi pour ceux et celles dont « on s'occupe ».

Thierry.Delessert@unil.ch

Références

(1) Chaperon S. Les fondements du savoir psychiatrique sur la sexualité déviante au XIX^e^ siècle. *Recherches en Psychanalyse* (En ligne), 10 | 2010.

(2) Foucault M. *Histoire de la sexualité.* T. 1. *La volonté de savoir.* Paris : Gallimard, coll. Tel, 1976.

(3) Wenger A. Lire l'onanisme. Le discours médical sur la masturbation et la lecture féminines au XVIII^e^ siècle. CLIO. *Histoire, femmes et sociétés* (En ligne), 22 | 2005.

(4) Bertillon J. *Nomenclatures des maladies.* Montrévain : imprimerie typographique de l'école d'Alembert, 1901.

(5) *Manuel de classement statistique international des maladies, traumatismes et causes de décès.* Genève : OMS, 1950.

(6) Pognant P. Les interdits hors la loi : la répression institutionnelle et médicale de la sexualité (1850-1930). *Droit et cultures* (En ligne), 57 | 2009-1.

(7) Edelman N. Représentation de la maladie et construction de la différence des sexes. Des maladies de femmes aux maladies nerveuses, l'hystérie comme exemple. *Romantisme* 2000 ; 110 : 73-87.

(8) Lerner P. *Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930.* Ithaca&London: Cornell university press, 2003.

(9) Delessert T. L'homosexualité dans le Code pénal suisse de 1942. Droit octroyé et préventions de désordres sociaux. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire* 2016/3 ; 131 : 125-137.

(10) Mendelson G. Homosexuality and psychiatric nosology. A*ustralian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003 ; 37 : 678-683.

(11) Mossuz-Lavau J. *Les lois de l'amour. Les politiques de la sexualité en France (1950-2002).* Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2002 (éd. complétée).

(12) Gugerli D. Das bürgerliche Familienbild im sozialen Wandel. In Fleiner-Gerster T, Gilliand P, Lüscher K (dir). *Familles en Suisse,* Fribourg: Ed. Universitaires, 1991, pp. 59-74

SEXUALITE ET INSTITUTION, QUELLES REGLES POUR L'EXPRESSION DE LA SEXUALITE ?

Emmanuelle Barboni, directrice du Radeau, psychologue FSP

La question de la sexualité en institution est un sujet épineux. Chacune y répond selon ses propres critères. L'article suivant décrit la politique pratiquée par le Radeau, témoignages à l'appui. (réd.)

Lorsqu'elle arrive au Radeau, Laura a 20 ans. Nous sommes dans les années 2000, l'Association accueille, alors, exclusivement des personnes sevrées, sans médication. L'évolution de la problématique des personnes souffrant d'addictions a modifié cette approche aujourd'hui. Mais, peu importe, avec ou sans Méthadone, Sevre-Long… ou médication connexe, le séjour thérapeutique de Laura au Radeau est courageux et exemplaire. En effet, magnifique jeune fille à l'avenir prometteur, mais au parcours de vie marqué par les drogues, Laura choisit de se mettre en couple, très rapidement après son arrivée au sein de l'institution, avec une personne accueillie charismatique, impressionnante, tant de par sa stature, que de par son tempérament impulsif. La thérapie de Laura dure environ deux ans, elle quitte l'institution avec son conjoint, avec qui elle emménage. Laura et Alexandre sont restés bien quelques années ensemble, après l'institution, avec, à la clé, un soutien mutuel pour une formation réussie pour les deux. Plus tard, ils se séparent et Laura poursuit sa reconstruction personnelle, loin des produits, au contraire d'Alexandre, qui rechute. Elle rencontre son futur mari avec qui elle fonde une famille. Actuellement, Laura mène une vie stable et intégrée, loin de ses tourments liés aux addictions. Au-delà des sentiments amoureux entre Laura et Alexandre, selon nous, cette situation a permis, entre autre, pour Laura, de se mettre à l'abri des avances des autres hommes en thérapie dans l'institution dans un premier temps et, pour Alexandre, d'expérimenter une histoire amoureuse empreinte d'émotions parlées avec l'apprentissage d'un mode relationnel différent. Nous pensons que tous deux ont appris sur eux-mêmes. Laura a pu, avec le soutien de l'équipe éducative, s'affirmer et se positionner. Son partenaire, quant à lui, a pu écouter l'avis de la femme, prendre conscience de son besoin de contrôle sur l'autre et des pressions relationnelles qu'il pouvait mettre.

Gaëlle a également une vingtaine d'années quand elle rentre en thérapie au Radeau et se rapproche rapidement d'Hervé, aussi en thérapie. Ils se connaissaient d'avant, le produit faisait lien entre eux. Ils sont amoureux, ce qui ne les empêche pas de rencontrer des difficultés au sein de leur couple, elle et lui étant très possessifs, avec un besoin de contrôle de part et d'autre et des relations sexuelles empreintes de violence. Des entretiens de couple sont mis sur pied, les problèmes sont abordés, c'est difficile, mais incontournable. Les comportements de contrôle, de pression et de violence dans la relation sont nommés, travaillés. Le couple oscille entre attitudes fusionnelles et rejetantes. Le groupe des personnes accueillies est témoin des difficultés et participe parfois à des règlements de compte. Des aménagements sont prévus : Gaëlle ne travaille pas dans le même atelier de réinsertion qu'Hervé. Les groupes de parole prévention de la reconsommation sont suivis en alternance par chaque protagoniste du couple. Ce travail, comme tout suivi de couple au Radeau, nécessite un investissement conséquent, tout d'abord de la part des principaux intéressés, mais également de la part de l'équipe et n'est pas sans implication sur le groupe des personnes accueillies. A notre connaissance, Gaëlle va bien aujourd'hui, elle poursuit une formation et est stable au niveau de sa relation aux produits. Nous n'avons pas de nouvelles d'Hervé.

Valérie et Livio font une demande de thérapie au Radeau, en couple. Ils sont ensemble depuis un an et souhaitent arrêter de consommer. Livio protège Valérie, il l'a sortie du monde de la prostitution dans lequel elle évoluait, comme bon nombre de femmes ayant choisi de faire un passage au Radeau. Livio a 27 ans et Valérie 25. Ils ont le projet de fonder une famille. Valérie a vécu deux fausses couches auparavant dont les pères étaient d'anciens partenaires violents. Pour une admission de couple au Radeau, la règle est une arrivée différée. Valérie précède Livio qui, à son entrée, un mois après, apprend qu'elle a eu des rapports sexuels avec deux autres résidents, dont un homme et une autre femme. La dynamique du couple et du groupe s'en voit chamboulée. Livio reste patient, Valérie travaille son rapport au corps et aux hommes, en général. Abusée sexuellement dès son plus jeune âge, des comportements autodestructeurs accompagnent régulièrement cette jeune femme. Livio, au parcours de vie également encombré par un père violent, dépendant de l'alcool et par une mère dépressive, fait preuve de tolérance et soutient Valérie dans sa démarche de reconstruction. Il choisit néanmoins de retourner vers les produits, sans entraîner Valérie qui expérimente, avec le soutien de l'équipe éducative, la séparation. Aujourd'hui, Livio est décédé d'une overdose et Valérie semble avoir poursuivi son chemin dans la consommation d'une héroïne «auto-médicatrice».

Lucie a 17 ans quand elle choisit de former un couple avec Jörg au Radeau, de 10 ans son aîné. Leur séjour thérapeutique se passe en couple, sans heurts particuliers. Ils vivent ensemble après le Radeau et se séparent quelques

Photo: Ijan-tielens

mois plus tard, en bons termes. Aujourd'hui, Lucie va bien, elle est intégrée et a deux enfants. Jörg est décédé il y a quelques années, des suites d'une cruelle maladie.

Laura, Gaëlle, Valérie, Lucie, Alexandre, Hervé, Livio, Jörg…, des noms d'emprunt, bien évidemment, pour illustrer des parcours de personnes accueillies passées au Radeau, des bouts d'histoires de vie empreints de sentiments, de bonheurs, mais de tristesses aussi.

Ainsi, concrètement, il s'agit d'illustrer, par les moult exemples de couples formés, déformés au Radeau, l'incroyable richesse, en même temps que la complexité de travailler avec des hommes et des femmes, des personnes vivant momentanément sous un même toit. Laura, Gaëlle, Valérie, Lucie, Alexandre, Hervé, Livio, Jörg… ont marqué notre vie de professionnelle auprès des personnes souffrant d'addictions et illustrent le sens et l'importance, quand on travaille en résidentiel et, qui plus est, dans la mixité, d'aborder les problématiques en lien avec le sexe, la sexualité, le couple, les sentiments et les comportements qui en découlent…

La sexualité, c'est quoi? Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, pour l'être humain, la sexualité est : *! l'ensemble des tendances et des activités qui, à travers le rapprochement des corps, l'union des sexes (généralement accompagnés d'un échange psycho-affectif), recherchent le plaisir charnel, l'accomplissement global de la personnalité…*»(1). Cet éclairage met en évidence les échanges psycho-affectifs, les notions de plaisir et d'accomplissement de la personnalité. Que de termes primordiaux, selon nous, pour les personnes issues de la population cible du Radeau, aux relations psycho-affectives empreintes de traumatismes, aux modes relationnels régulièrement déstructurés et peu stables, en lien avec des expériences de vie douloureuses et une rencontre avec un ou des produits souvent destructeurs. De plus, parmi les personnes accueillies au Radeau, la notion de plaisir ne fait parfois plus partie du quotidien, même dans la sexualité. Dans la définition citée ci-dessus, il est dit aussi que la sexualité fait partie de l'accomplissement global de la personnalité. Mais à quel prix pour les personnes souffrant d'addictions ? L'addition est lourde de conséquences, tant physiquement que psychiquement. L'institution peut donc s'ériger en protectrice, mais surtout pas en protectrice de tout rapport, mais bien en protectrice de rapports intrusifs et violents, non souhaités, souillés de traumas du passé et mettant la santé et l'intégrité personnelles en danger.

Pour ce faire, il ne s'agit donc pas d'interdire. Bien au contraire, il s'agit d'accepter et de prendre en compte, même si la tentation de mettre un veto peut être grande, la sexualité en institution pouvant complexifier un accompagnement individuel et de groupe déjà assez trouble de par la problématique addictive. Certaines institutions ont pourtant choisi de régler la question en interdisant, en excluant les bénéficiaires, sous prétexte qu'ils ont des sentiments, qu'ils sont en couple ou qu'ils ont des relations sexuelles… sous prétexte de transgression de la règle

par un comportement vital, propre à l'espèce humaine! Comme si le désir n'existe plus, lorsqu'une personne intègre un foyer résidentiel! Mon propos ici n'est pas de critiquer ce choix institutionnel, mais bien de démontrer que c'est un leurre que d'interdire la sexualité en institution, car elle va, de par sa nature, exister. Alors, plutôt que de faire semblant et ignorer, affrontons la question et abordons les notions complexes et intimes qui en découlent. A l'inverse, il ne s'agit pas non plus de tout tolérer et ne rien !réguler». En effet, certains principes favorisant le bien-être et le respect de l'intégrité de chacun/e doivent être institués.

POLITIQUE DU RADEAU

Ainsi, pour répondre à cette épineuse question : *!La sexualité en institution pour personnes souffrant d'addictions, quelles implications?* Il s'agit, dans un premier temps, de s'intéresser à la problématique de la sexualité, en lien avec les addictions et de la contextualiser avec le cadre particulier du Radeau qui influence naturellement les rapports entre les individus qui y séjournent, peu importe s'ils sont de sexe masculin ou féminin.

Le Radeau est constitué de trois bâtiments et d'un magnifique jardin : une maison principale, en bois et en pierre, au caractère chaleureux ; une boulangerie avec un magasin et un bâtiment administratif abritant une salle de fitness. Il se situe à Orsonnens, dans la campagne fribourgeoise et se dresse au sein de ce village, comme une famille recomposée d'individus en souffrance, en quête d'espoir et d'un nouveau souffle de vie.

Chaque personne accueillie a sa chambre individuelle, le temps de son passage au Radeau. Chaque partenaire d'éventuels couples, hétéros ou homosexuels a également une chambre à lui ou elle. Les sanitaires sont communs et il y a une cuisine et des pièces communautaires. Le cadre de vie s'effectue donc dans un climat de proximité, d'échanges et de partage.

Le contexte institutionnel spécifique du Radeau étant succinctement illustré, nous pouvons, dès lors, nous intéresser à la question de l'addiction et de la sexualité. Selon Pascal Pernoti, sexologue et médecin, il existe clairement un lien entre trouble de la sexualité et prises de produits psychoactifs, comme par exemple des relations non protégées ou non souhaitées, les risques d'IST…. Au Radeau, les personnes en thérapie sont censées ne pas ou plus consommer de produits non prescrits, elles sont en thérapie, avec un objectif de stabilisation, de prise de distance avec le ou les produits ou ont un projet de vie dans lequel le ou les produits sont bannis. Les risques de relations non protégées ou non désirées et les conséquences physiques et psychiques en lien ne sont, néanmoins, pas à exclure de ce contexte. Ainsi, au Radeau, dans chaque salle de bain, des préservatifs sont à disposition des personnes, afin de limiter les dangers pour la santé. De plus, une règle de protection pour les personnes qui entrent au Radeau est claire pour chacun et chacune dès l'admission: les relations sexuelles sont interdites durant le premier mois de séjour, afin de permettre à la ou au bénéficiaire d'arriver sans subir de pression.

Si l'on résume les règles institutionnelles concernant la sexualité au Radeau, nous pouvons dire qu'à des fins de protection, les relations sexuelles ne sont pas autorisées durant le premier mois (une transgression n'entraîne pas le renvoi de la personne), que chaque individu est sensibilisé par rapport au fait de s'autonomiser et de passer des nuits seul, sans la ou le partenaire. Des activités de loisirs diversifiées sont également préconisées, afin que chacun/e construise son propre espace loisir. Par respect pour le groupe, les rapprochements corporels ou les attitudes de couple ne sont pas tolérés dans les lieux communautaires. La fonction du ou des produits au sein du couple est discutée et travaillée en entretien, voir en groupe, ainsi que la nature du lien et des comportements émis. De plus, des informations concernant la prévention et la protection de la santé sont régulièrement dispensées, que ce soit en entretien individuel ou en réunion de groupe.

> ***La fonction du ou des produits au sein du couple est discutée et travaillée en entretien, voir en groupe…***

LA PAROLE AUX BÉNÉFICIAIRES

Mais qui de mieux placé que les bénéficiaires eux-mêmes ou elles-mêmes pour évoquer, critiquer ou valider le règlement du Radeau concernant les relations sexuelles en son sein ? Pour Rafaël, actuellement en thérapie: *«La sexualité n'est pas un sujet tabou». Selon lui, certaines limites sont cependant à convenir en présence féminine, !On ne peut pas tout dire non plus».* Ce bénéficiaire raconte qu'au Radeau, l'équipe éducative reprend des propos qui pourraient être déplacés, voire blesser quelqu'un, ceci à bon escient, selon lui. Il dit aussi qu'en institution, il faut faire preuve de plus de sensibilité que dans la vie extérieure et que des remises en question personnelles sont nécessaires au bon déroulement de la vie en communauté. Toujours selon Rafael, la règle de ne pas avoir de relations sexuelles durant le premier mois de thérapie fait sens, afin *!d'éviter les histoires inutiles, entre les déceptions et les histoires sans lendemain».* Pour lui, se mettre en couple avec une personne au problème identique au niveau addiction, *!ça serait comme participer à une course de vélo avec de vieux câbles de freins, c'est-à-dire qu'on ne sait pas s'ils vont tenir ou céder au milieu de la course et donc nous faire perdre la course».*

Pour Laura, dont je vous ai brièvement raconté l'histoire au début de cet article, être en couple en institution a été aidant à plusieurs niveaux :

- *Le fait de permettre de revivre des sensations fortes et de se défouler mentalement et physiquement*

- *Se sentir moins seule, voir aimée par une personne qui se retrouve dans la même situation (compréhension, soutien, entraide) sans devoir donner beaucoup d'explications».*

Vincent, autre ancienne personne accueillie au Radeau, nomme que : *! Les règles en lien avec la sexualité me convenaient très bien durant mon séjour de 2 ans et demi au Radeau… Pas de rapports durant le premier mois et un cours sur les maladies sexuellement transmissibles, un coin ou on pouvait se servir de préservatifs gratuitement».* Vincent va même jusqu'à dire que les personnes accueillies qui ont suivi la thérapie en même temps que lui ont apprécié l'approche du Radeau en lien avec la sexualité, que ce soit au niveau des règles, du matériel à disposition, ou des informations et réflexions orales régulièrement dispensées.

Nous souhaitons conclure cet article en remerciant, dans un premier temps, chaleureusement les personnes accueillies qui ont accepté de témoigner et de réfléchir avec nous sur cette notion de sexualité en institution. Nous remercions aussi les couples cités ici et les nombreux autres qui nous ont permis de vivre, au Radeau, des instants de magnifique intimité. En effet, en se confiant, en livrant leurs vécus personnels en lien avec le thème de la sexualité et en évoquant leurs relations, en étant partie prenante du travail d'introspection, ils alimentent, au quotidien, notre regard sur la complexité, mais la richesse des rapports interpersonnels entre individus qui doit être pris en compte dans tout milieu institutionnel.

E.Barboni@leradeau.ch

Références

(1) Google, « Toxicomanies et sexualité, 6e assises françaises de sexologie et de santé sexuelle» ; Perpignan ; 2013.

POST-SCRIPTUM

JEUNES ET JEUX D'ARGENT A LA VEILLE DE LA LEGALISATION DES JEUX DE CASINO EN LIGNE

Marianne Richter et Alexander Tomei, Centre du jeu excessif, Service de psychiatrie communautaire (DP-CHUV), Lausanne

Alors que la nouvelle loi suisse sur les jeux d'argent (LJar) est actuellement soumise au vote des chambres fédérales, des interrogations surgissent quant aux effets possibles de cette loi sur les comportements de jeu. Un relevé préalable de ces comportements est dès lors utile. Nous présentons ici les données concernant les jeunes hommes, une population particulièrement vulnérable aux problèmes de jeu de hasard et d'argent.

La Suisse dispose d'un marché de jeux de hasard et d'argent riche de 21 casinos et de 9000 points de vente de la loterie. Avec l'élargissement du marché des jeux de hasard et d'argent en ligne prévu par la nouvelle loi sur les jeux d'argent (LJar), actuellement en discussion au parlement, les joueurs pourront accéder à une offre élargie de jeux via leur matériel informatique fixe ou nomade. Il existe aujourd'hui en Suisse la possibilité de jouer sur des sites de casino en ligne basés à l'étranger, mais leur publicité reste interdite et leur succès auprès des joueurs limité. L'ouverture du marché suisse des jeux en ligne aura pour conséquence probable une augmentation des activités de jeu(1).

Cette augmentation devrait s'accompagner par ailleurs d'une hausse du jeu pratiqué en dehors des établissements de jeu, notamment à domicile. Dès lors, le risque de développer un jeu problématique pourrait s'accroitre, et ce pour diverses raisons. D'abord, parce que le jeu de hasard et d'argent à domicile est dégagé des contraintes de situation qui sont présentes dans les casinos et qui contribuent à interrompre les activités de jeu (p. ex. : horaires d'ouverture et de fermeture, interdiction de fumer). Ensuite, parce que le jeu à domicile reste hors de portée des mesures sociales de détection précoce du jeu problématique et d'intervention, ce qui peut retarder une éventuelle prise en charge. Enfin, parce que l'opportunité de jouer chez soi peut pousser à la pratique de jeu en solo. Le jeu en solo accroit la probabilité que le joueur parie des montants plus importants, qu'il joue plus fréquemment et qu'il développe des comportements de jeu problématiques(2). Se pose alors la question de l'impact d'un tel élargissement du marché du jeu sur la population et surtout sur les catégories les plus vulnérables de celle-ci, les jeunes en particulier(3).

Il est maintenant bien établi que les adolescents présentent en général un taux élevé de prévalence du jeu pathologique(4). Ce taux est plusieurs fois supérieur à celui que l'on observe dans la population adulte. Cela est vrai pour la Suisse également, pays qui compte une proportion de joueurs pathologiques de 0.5% chez l'adulte(5), et de 1.3% à 1.9%, chez l'adolescent(6-8).

Ce taux de prévalence reste élevé dans les années qui suivent l'adolescence, entre les 18 et les 25 ans d'âge et qui définissent la période de la vie dite de l'âge adulte en émergence(9). Cette période se distingue de l'adolescence par le fait que l'individu acquière une plus grande autonomie financière, et une plus grande liberté par rapport au contrôle des parents. Elle se distingue également de l'âge adulte, essentiellement parce que, bien que plus autonome, l'individu n'est pas encore confronté aux responsabilités professionnelles et parentales qui caractérisent la vie des 30 ans et plus dans nos sociétés. L'âge adulte en émergence est essentiellement une phase d'exploration, de recherche d'expériences nouvelles. Il est dès lors marqué par de nombreux changements au niveau du logement, du travail et des relations intimes. Plus important encore, c'est dans cette phase de la vie que les jeunes atteignent le pic des comportements à risque, notamment dans la consommation de substances psycho-actives, la vitesse au volant, les relations sexuelles non protégées et le jeu de hasard et d'argent. Pour ce qui est du jeu de hasard et d'argent, les analyses complémentaires d'un nombre important d'études internationales concluent à une surreprésentation, parmi les joueurs excessifs, de jeunes dans la vingtaine, notamment chez les hommes(10). Cela a été mis en évidence en Suisse également(11). Mais quels sont exactement les habitudes de jeu de ces jeunes hommes dans la vingtaine en Suisse? Quel est le taux de prévalence du jeu pathologique que l'on observe dans cette population? Y a-t-il des facteurs comportementaux associés au jeu pathologique chez ces jeunes?

Les questions posées trouvent les premières réponses dans une enquête que nous avons réalisée en 2014. Celle-ci impliquant la participation de 1164 hommes de 18 à 21 ans, tous résidant en Romandie et tous conscrits au service de recrutement de l'Armée suisse. Au moyen d'un questionnaire les participants répondaient à des questions les interrogeant sur leurs premiers pas dans le jeu de hasard et d'argent, sur la fréquence de leurs activités de jeu, sur les types de jeu les plus joués et lieux de jeu fréquentés, ainsi que sur les méthodes de paiement utilisées pour jouer. Ils remplissaient également le Problem Gambling Severity Index (PGSI)(12), un outil diagnostique du jeu problématique. Nous présentons ci-dessous quelques résultats de cette enquête. Ils concernent les premiers pas dans les jeux de hasard et d'argent, les habitudes de jeux, la prévalence du jeu pathologique, et les comportements associés au jeu pathologique dans cette population.

UN DÉBUT SOUVENT EN DESSOUS DE L'ÂGE LÉGAL

Selon les résultats de l'enquête, l'âge de la première mise était de 16 ans en moyenne. 19.5% avaient moins de 16 ans à leur première mise. Les jeux les plus prisés à cette première occasion: les billets à gratter, mais aussi le Poker, souvent joué dans des lieux privés, car l'âge légal pour jouer au casino est de 18 ans.

HABITUDES DE JEUX

Sur l'ensemble des jeunes hommes qui ont pris part à l'enquête, 32.5% ont déclaré ne jamais avoir joué à des jeux de hasard et d'argent au cours de leur vie. 50.6% ont affirmé avoir joué à ces jeux lors des 12 derniers mois écoulés. Seulement 1% de ceux-ci rapportent jouer tous les jours, 2.5% deux à six fois par semaine, et 27% une à quatre fois par mois. Les billets à gratter sont les jeux les plus joués (75.9%), suivi des jeux de casino (37%) et de la loterie (29.7%). Les points de vente de la loterie et les casinos sont de ce fait les lieux les plus fréquentés par les jeunes joueurs, mais les résultats laissent émerger également le fait que presque un tiers de ces jeunes (31.5%) jouent dans des lieux privés, à l'abri donc de tout contrôle externe et en dehors d'un cadre de mesures sociales servant à la détection précoce et à la prévention du jeu problématique. Nous relevons également que le jeu en ligne reste une activité encore marginale (14%). Enfin, en ce qui concerne les modes de paiement, le cash reste prépondérant chez les jeunes joueurs (95%). Le paiement par carte de crédit et par carte prépayée est encore relativement peu utilisé (8% et 6% respectivement).

PRÉVALENCE DU JEU PATHOLOGIQUE

Les réponses au PGSI ont révélé que 1.7% des répondants (3.7% des joueurs) ont répondu aux critères du jeu pathologique, une proportion trois fois supérieure à celle observée dans la population suisse adulte(5), et relativement proche des taux de prévalence observés chez les adolescents dans les enquêtes déjà mentionnées(6-8).

COMPORTEMENTS ASSOCIÉS AU JEU PATHOLOGIQUE

D'après nos analyses, plusieurs comportements de jeu semblent être associés au jeu pathologique. La fréquence de jeu en est un: plus haute la fréquence de jeu, plus grande la probabilité que celle-ci traduise un comportement de jeu problématique. La diversité des jeux joués est un autre comportement associé au jeu problématique: plus grande la variété de jeux joués, plus grande la probabilité que le comportement de jeu soit problématique (13-15). Enfin, nous avons constaté que le mode de paiement aussi peut être associé au jeu pathologique, dans la mesure où la probabilité d'être un joueur problématique tend à être plus élevée chez les joueurs qui achètent leurs jeux par carte de crédit ou par cartes prépayées. Cette tendance demande toutefois à être confirmée.

EN CONCLUSION

Les jeunes, dans l'âge adulte émergent, que nous avons interrogés montrent un intérêt pour les jeux de casinos. Au regard de nos données, leur fréquence de jeu semble se situer dans la fourchette basse, et seulement une minorité d'entre eux joue en ligne. Les paiements par carte demeurent rares. Nous relevons encore que la fréquence de jeu, le nombre de jeu différents et, dans une moindre mesure, les modes de paiement par carte sont associés à l'addiction au jeu.

L'implémentation de la LJar entrainera d'importantes modifications au niveau de la disponibilité et de l'accessibilité des jeux. Nous nous attendons à ce que ces modifications auront un impact sur les habitudes de jeu. L'accessibilité facilitée des jeux par l'informatique domestique et les appareils nomades, l'élargissement du choix de ces jeux et la multiplication des modes de paiement, ce sont des éléments du changement qui vont très probablement conduire à une augmentation du nombre de joueurs, et de leur fréquence de jeu. Les jeunes risquent d'être particulièrement touchés par le développement du marché des jeux en ligne avec une augmentation de la prévalence du jeu pathologique 3. Il est dès lors indispensable que soit mis en place un programme de monitorage intégrant notamment le suivi des habitudes de jeu dans cette population. Celui-ci permettra non seulement de disposer de mesures d'impact de l'application d'une nouvelle législation sur le jeu de hasard et d'argent, mais aussi d'offrir au milieu de la prévention les informations nécessaires à la mise sur pied d'interventions ciblées.

Références

1. Hing N, Cherney L, Blaszczynski A, Gainsbury SM, Lubman DI. *Do advertising and promotions for online gambling increase gambling consumption?* An exploratory study. International Gambling Studies 2014;14:394-409.

2. Bernhard BJ, Dickens DR, Shapiro PD. *Gambling alone?* A study of solitary and social gambling in america. UNLV Gaming Research & Review Journal 2007;11:1-13.

3. Chóliz M. *The Challenge of Online Gambling: The Effect of Legalization on the Increase in Online Gambling Addiction.* J Gambl Stud 2016;32:749-56.

4. Derevensky JL, Shek DTL, Merrick J, eds. *Youth gambling. The hidden addiction.* Berlin: Walter de Gruyter; 2011.

5. Bondolfi G, Jermann F, Ferrero F, Zullino D, Osiek CH. *Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation.* Acta Psychiatr Scand 2008;117:236-9.

6. Suris J-C, Akré C, Petzold A, Berchtold A, Simon O. *La problématique des jeux d'argent chez les jeunes du canton de Neuchâtel.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP); 2011.

7. Suris J-C, Barrense-Dias Y, Berchtold A. *La problématique des jeux d'argent chez les adolescents du canton de Fribourg.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP); 2015.

8. Suris J-C, Flatz A, Akré C, Berchtold A. *La problématique des jeux d'argent chez les adolescents du canton de Berne:* Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP); 2012.

9. Arnett JJ. Emerging Adulthood: *A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties.* Am Psychol 2000;55:469-80.

10. Williams RJ, Volberg RA, Stevens RMG. T*he population prevalence of problem gambling: methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends.* Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care; 2012.

11. Bondolfi G, Osiek C, Ferrero F. *Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland.* Acta Psychiatr Scand 2000;101:473-5.

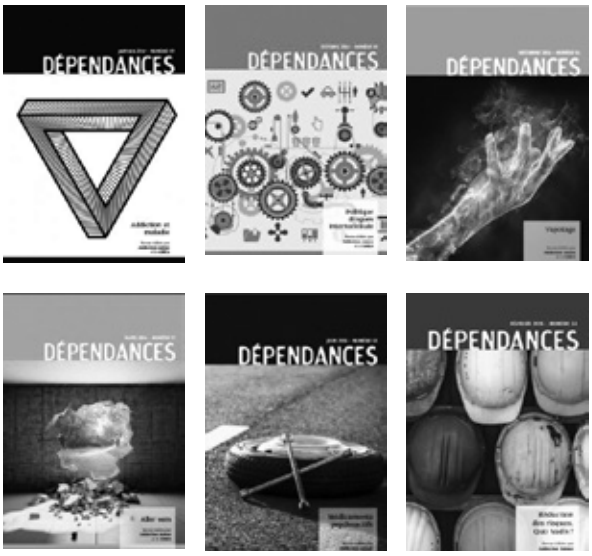
12. Ferris J, Wynne H. *The Canadian Problem Gambling Index: final report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse;* 2001.

13. Holtgraves T. *Gambling, gambling activities and problem gambling.* Psychol Addict Behav 2009;23:295-302.

14. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, et al. *The prevalence and correlates of DSM-IV Pathological Gambling in the National Comorbidity Survey Replication.* Psychol Med 2008;38:1351–60.

15. Tomei A, Tichelli E, Ewering N, Nunweiler-Hardegger S, Simon O. *A Descriptive Study of Gambling Among Emerging Adult Males in French-Speaking Switzerland.* J Gambl Stud 2015;31:607-20.

LA REVUE « DÉPENDANCES »



La revue **«dépendances»** s'adresse à toute personne intéressée par le champ des addictions.

Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Abonnement

Frs 45.- par an
Frs 20.- par numéro isolé

Parmi les derniers thèmes publiés

Addiction et maladie (n° 59)
Politique drogue internationale (n° 58)
Aller vers (n° 57)
Le vapotage (n° 56)
Médicaments psychoactifs (n° 55)
Réduction des risques (n° 54)
Le cannabis aujourd'hui? (n° 53)

A consommer sans modération!

ABONNEZ-VOUS AUJOURD'HUI, VOUS RECEVREZ GRATUITEMENT LE PROCHAIN NUMERO

Pour les abonnements, merci de vous adresser à Madame Claude Saunier, Addiction Suisse, cp 870, 1001 Lausanne

Tél. 021 321 29 85 - csaunier@addictionsuisse.ch

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs
Addiction Suisse
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions GREA
Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

Rédaction
Corine Kibora, *Addiction Suisse*
Jean-Félix Savary, *GREA*

Comité de rédaction
Pierre-Yves Aubert
directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève
Barbara Broers
médecin, Service de médecine de premier recours, HUG, Genève
Etienne Maffli
psychologue, Addiction Suisse, Lausanne
Jean-Christophe Mieville
infirmier chef, adjoint à la direction des soins du département de psychiatrie, CHUV, Lausanne
Renaud Stachel
resp. du secteur suivi et accompagnement thérapeutique, FVA, Lausanne
Ann Tharin,
professeure, EESP, Lausanne
Frank Zobel
vice-directeur, Addiction Suisse

Administration et abonnements
Claude Saunier
Addiction Suisse
CP 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85 - fax 021 321 20 40
csaunier@addictionsuisse.ch

Parution
3 fois par an

Abonnement
Suisse : Fr. 45.- par an
Etranger : Fr. 57.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur.
La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction.

Ligne graphique
SDJ.DESIGN
Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368

HOMMAGE À OLIVIER GUÉNIAT

Le comité de rédaction de la revue « dépendances » est profondément attristé par le décès d'Olivier Guéniat, chef de la police judiciaire neuchâteloise. Ce professionnel intègre et compétent a défendu tout au long de sa carrière des réformes humanistes en matière d'addictions. Olivier, c'était l'empêcheur de tourner en rond, le courageux qui manque si souvent dans les débats. Son immense savoir, il aimait le partager avec les étudiants, avec les journalistes, dans divers cercles professionnels. En tant que policier, il a su dépasser et surtout faire dépasser les préjugés liés au pilier répressif des addictions pour construire un monde meilleur. Il nous a tous inspirés et il va laisser un immense vide. Nos pensées sont avec sa compagne et ses amis.

GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

ADDICTION | SUISSE