

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Faculté de Médecine



**UNIVERSITÉ DE
MONTPELLIER**

MÉMOIRE

Pour l'obtention du **DIPLÔME UNIVERSITAIRE D'ADDICTOLOGIE**

Profils biopsychosociaux des membres de Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes (DASA) en France

Présenté par : Julie BOULANGIER

Sous la direction de : Dr Dillinger, Psychiatre addictologue - CHU de Montpellier

Année universitaire : 2025-2026

Remerciements

L'aboutissement de ce travail de recherche marque la fin d'un double parcours, à la fois universitaire et profondément personnel. Ma gratitude s'adresse à celles et ceux qui ont rendu cette double réalisation possible.

À la fraternité des Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes (DASA),

Ce mémoire vous appartient de plein droit. Ma gratitude va à chacun des 105 membres qui a accepté de briser le secret et de livrer une part de son histoire à travers ce questionnaire. Merci pour votre confiance. Sans votre mobilisation, cette première cartographie française n'aurait jamais pu voir le jour. Vous êtes la preuve vivante de la puissance thérapeutique du lien et de l'entraide.

À Julien Denozi, mon conjoint,

Pour son soutien indéfectible, sa patience face à mes doutes, et son aide absolument indispensable dans le traitement des données statistiques. Merci d'avoir été mon ancrage et d'avoir su traduire avec moi la rigueur des chiffres (et les subtilités de Kruskal-Wallis).

À Déborah Malzac, mon amie,

Pour son soutien précieux et son amitié fidèle tout au long de cette aventure universitaire. Un immense merci pour son travail minutieux de relecture, son œil attentif et ses retours avisés qui ont grandement contribué à la rigueur et à la clarté de ce travail.

Au Dr Aurèle Dillinger,

Psychiatre addictologue au CHU de Montpellier. Je vous remercie chaleureusement pour votre direction, votre confiance et votre disponibilité tout au long de ce projet. Vos conseils avisés et votre regard clinique m'ont guidée avec une bienveillance précieuse pour structurer ce travail.

À la Pre Hélène Donnadieu,

Merci de m'avoir ouvert les portes de ce Diplôme Universitaire en m'accordant votre confiance malgré le retard de mon dossier d'admission. Sans cette chance offerte, rien de tout cela n'aurait pu se réaliser.

À moi-même,

Pour avoir eu le courage de regarder mes propres zones d'ombre, d'en faire un objet d'étude scientifique et de maintenir, jour après jour, mon engagement dans mon propre rétablissement. Ce mémoire est le témoin d'une transformation personnelle, une brique de plus posée sur le chemin de la sobriété et de la liberté retrouvée.

Table des matières

1. Introduction & Cadre Théorique	
1.1 Épidémiologie et réalité clinique: un enjeu de santé publique	1
1.1.1 Des pathologies de l'excès au processus unique de Goodman	1
1.1.2 Le modèle des composantes de Griffiths : passion versus addiction	1
1.1.3 Le modèle de l'addiction sexuelle de Carnes	2
1.1.4 Le débat international : la CIM-11 face au paradigme addictif	2
1.1.5 L'addiction relationnelle : de la requalification clinique à la validation psychométrique	3
1.2 Données épidémiologiques et positionnement des politiques publiques françaises	3
1.2.1 L'addiction sexuelle	3
1.2.2 L'addiction relationnelle	3
1.2.3 La transition des politiques publiques françaises	4
1.3 Le modèle biopsychosocial: Cadre intégratif des addictions comportementales	4
1.3.1 La dimension biologique	4
1.3.2 La dimension psychologique	5
1.3.3 La dimension socioculturelle	5
1.4 Le poids des comorbidités, des traumatismes infantiles et de la précarité	6
1.4.1 L'omniprésence des comorbidités psychiatriques et transferts de dépendance	6
1.4.2 Le rôle central des psychotraumatismes	6
1.4.3 La précarité socio-environnementale et les asymétries de la stigmatisation	7
1.5 Les groupes DASA: un dispositif d'entraide en marge du système de soins	7
1.5.1 La légitimité scientifique des programmes en Douze Étapes	7
1.5.2 La co-construction d'une « sobriété sur mesure »	8
1.5.3 La « Méthode Essentielle » de Borkman	9
1.5.4 Neuro-réhabilitation frontale et ancrage par l'expérience de maîtrise active	9
2. Objectifs et Problématique de l'étude	11
2.1 Problématique de l'étude	11
2.2 Objectif principal et objectifs secondaires	12
2.2.1 Objectif principal	12
2.2.2 Objectifs secondaires	12
3. Matériel et Méthodes	13
3.1 Contexte de l'étude et ancrage institutionnel de la fraternité DASA	13
3.2 Échantillon d'étude, critères d'éligibilité et cadre éthique	13
3.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	14
3.2.2 Cadre éthique et protection stricte de l'anonymat	14
3.3 Procédure de recueil et analyses statistiques	14
3.3.1 Descriptif du protocole et outils de mesure	14
3.3.2 Stratégie des analyses statistiques	15
4. Résultats : Analyse du profil biopsychosocial des participants	17
4.1 Caractéristiques sociodémographiques et mesure de la précarité sociale	17
4.2 Le terreau psycho-traumatique : prévalence du psychotrauma (Score ACE)	21

4.3 Objectivation clinique des compulsions relationnelles (ECR-12) et sexuelles (SAST-R)	22
4.3.1 L'addiction relationnelle (ECR-12) : une forte anxiété d'abandon et un évitement variable selon les profils	22
4.3.2 L'addiction sexuelle (SAST-R) : une transversalité au-delà des profils	23
4.4 Cumul des comorbidités addictives (Poly-addictions)	24
4.4.1 Corrélations entre la sévérité des dépendances spécifiques et l'extension du spectre des comorbidités	26
4.4.2 Variations des prévalences comorbides selon le profil d'auto-identification DASA27	
4.5 Comorbidités psychiatriques : évaluation comparative de la détresse anxio-dépressive actuelle (PHQ-9 et GAD-7)	28
4.5.1 Profil de la symptomatologie dépressive et anxieuse actuelle au sein de l'échantillon	29
4.5.2 Confrontation aux normes nationales et analyse des sous-groupes	29
4.6 Dynamique du rétablissement par la pair-aidance : différence de capital psychosocial et intégration identitaire	30
4.6.1 Ligne de base historique : homogénéité de la sévérité initiale des troubles entre les groupes d'ancienneté	30
4.6.2 Évolution des profils d'auto-identification : une globalisation de la conscience du trouble avec le temps	31
4.6.3 Capital de rétablissement (BARC-10) : différences observées selon l'ancienneté et l'engagement dans le service	32
4.6.4 Évaluation de la dimension spirituelle : une association positive et significative au fil de l'ancienneté	33
4.6.5 L'impact de l'engagement dans le service sur la dimension spirituelle : une absence d'association statistique	34
5. Discussions : De l'étiologie traumatique au rétablissement par les pairs	36
5.1 Inscription des résultats dans le modèle I-PACE	36
5.2 L'impact des traumatismes infantiles sur le développement des addictions	36
5.3 La transversalité des compulsions	37
5.3.1 L'analyse fine de l'attachement (ECR-12) selon les profils	38
5.3.2 L'addiction sexuelle (SAST-R) : un dénominateur commun transversal	39
5.4 Mosaïque des poly-addictions et mécanismes de transfert	40
5.4.1 Le phénomène de transfert de dépendance (cross-addiction)	40
5.4.2 La fonction psycho-dynamique des addictions socialement valorisées	40
5.4.3 La sévérité des dépendances et le cumul comorbide	41
5.4.4 L'impact de la culture des Douze Étapes sur la clairvoyance clinique des sujets	42
5.5 Les mécanismes de construction du Capital de Rétablissement	42
5.5.1 Les moteurs du capital psychosocial : horizontalité, service et auto-efficacité	43
5.5.2 La temporalité de l'éveil spirituel : un processus cumulatif et existentiel	44
6. Limites de l'étude et perspectives de recherche	46
7. Conclusion	49
Bibliographie	51
Annexe : Questionnaire	56

“ Vous trouverez un sens nouveau à la vie. Voir des gens se rétablir et apporter de l'aide aux autres, ne plus connaître la solitude, voir grandir un groupe autour de vous, avoir une foule d'amis, voilà une expérience à ne pas manquer... Le contact fréquent avec les nouveaux et les autres, c'est ce qui illumine notre vie. ”

LES ALCOOLIQUES ANONYMES, p. 101

1. Introduction & Cadre Théorique

1.1 Épidémiologie et réalité clinique: un enjeu de santé publique

1.1.1 Des pathologies de l'excès au processus unique de Goodman

La conceptualisation des conduites addictives a connu un glissement paradigmatique majeur au cours des dernières décennies. En proposant le concept de « **pathologies de l'excès** », Marc Valleur et Jean-Claude Matysiak (2006) ont invité à dépasser la focalisation historique sur les seules substances psychoactives et la béquille neurochimique d'un produit. Sous ce prisme, ce qui définit la pathologie n'est pas la nature intrinsèque de l'objet investi, mais la dynamique relationnelle faite d'emprise, d'aliénation et de perte de limites que le sujet co-construit avec lui.

Cette approche processuelle s'enracine directement dans les travaux d'Aviel Goodman (1990), pour qui l'addiction se définit comme un processus psychopathologique unique et transversal, caractérisé par l'impossibilité récurrente de contrôler un comportement et la poursuite de celui-ci en dépit de la connaissance de ses conséquences destructrices. La spécificité du modèle de Goodman réside dans sa dualité motivationnelle : le comportement addictif fusionne la **recherche active d'une gratification ou d'un plaisir** (renforcement positif) et une **compulsion visant à soulager, engourdir ou fuir un état douloureux ou un inconfort interne** (renforcement négatif). C'est au cœur de cette tension processuelle que la dépendance sexuelle et la dépendance affective se révèlent être des configurations cliniques complexes nécessitant un repérage et un accompagnement adaptés.

1.1.2 Le modèle des composantes de Griffiths : passion versus addiction

Afin de doter les addictions comportementales d'un cadre opérationnel et diagnostique rigoureux, Mark Griffiths (2005) a formalisé le « **modèle des composantes** » au sein d'un canevas biopsychosocial transversal. Griffiths postule que pour qualifier scientifiquement un comportement d'addiction, celui-ci doit réunir six critères dynamiques interconnectés : la saillance, la modification de l'humeur, la tolérance, les symptômes de sevrage, la rechute et le conflit.

L'apport majeur de Griffiths réside dans sa distinction fine entre la passion saine (qui ajoute de la valeur à l'existence) et l'addiction (qui en retire, générant une intense détresse). L'addiction se caractérise par l'émergence de conflits aigus, tant interpersonnels (tensions, ruptures et isolement de l'entourage) que intrapsychiques (souffrance, tiraillements internes et culpabilité chez le sujet lui-même). En unifiant les expressions chimiques et comportementales sous ces critères transversaux, Griffiths favorise une déstigmatisation des troubles, abaissant ainsi les barrières psychologiques qui entravent trop souvent la demande d'aide des usagers.

1.1.3 Le modèle de l'addiction sexuelle de Carnes

À l'opposé des représentations communes réduisant l'addiction sexuelle à un simple excès de libido, son théoricien pionnier, Patrick Carnes (1991), l'a définie comme une relation pathologique et compulsive au sexe faisant office de **mécanisme d'adaptation dysfonctionnel (*coping*)** pour fuir le stress, l'angoisse ou des traumatismes passés. Carnes démontre que ce trouble s'échafaude à partir de croyances fondamentales altérées (*core beliefs*) ancrées dans l'enfance (par exemple, la conviction de ne pas mériter d'être aimé ou de ne pouvoir exister que par la validation d'autrui).

Ces cognitions délétères génèrent une honte toxique et structurante, devenant le carburant psychique d'un cycle addictif rigide décliné en quatre phases répétitives :

1. **La préoccupation** : un emballement mental obsessionnel et un état de transe cognitive où l'esprit est monopolisé par les scénarios sexuels.
2. **La ritualisation** : le déploiement de routines et de comportements préparatoires spécifiques qui précipitent le passage à l'acte.
3. **Le comportement sexuel compulsif** : la décharge comportementale proprement dite, apportant un soulagement illusoire et une anesthésie émotionnelle transitoire.
4. **Le désespoir** : le contrecoup émotionnel marqué par une honte écrasante, une culpabilité aiguë et des promesses de sevrage irréalistes.

Le modèle de Carnes souligne ainsi que le maintien du secret et l'accumulation de la honte entretiennent la chronicité du trouble, rendant indispensable un travail thérapeutique centré sur la sécurité interne et la guérison des blessures d'attachement pour désamorcer le moteur de la compulsion.

1.1.4 Le débat international : la CIM-11 face au paradigme addictif

La reconnaissance institutionnelle de ce trouble a suscité d'intenses débats à l'échelle internationale. L'Organisation Mondiale de la Santé a marqué un tournant épistémologique en intégrant le « **Trouble du comportement sexuel compulsif** » (TCSC), dans la 11ème édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11), non pas comme une addiction formelle, mais dans la catégorie des troubles du contrôle des impulsions. Comme le précisent Kraus et al. (2018), ce positionnement prudent s'explique par l'absence de consensus neurobiologique absolu assimilant ce trouble à une addiction aux substances aux yeux de la psychiatrie institutionnelle. La CIM-11 exclut d'ailleurs explicitement du diagnostic le simple désir sexuel élevé ou la détresse causée uniquement par des jugements d'ordre moral ou religieux.

Pourtant, un faisceau d'arguments neurobiologiques, détaillés en section 1.3.1, plaide pour une relecture de ces comportements sous le prisme addictologique : altérations de la substance blanche frontale superposables à celles des addictions aux substances, et capture attentionnelle automatique des stimuli sexuels relevant du désir compulsif (*wanting*) plutôt que du plaisir (*liking*).

1.1.5 L'addiction relationnelle : de la requalification clinique à la validation psychométrique

La dépendance affective, souvent qualifiée d'« addiction relationnelle », répond à une logique similaire où le partenaire est investi comme une véritable substance indispensable à la survie émotionnelle du sujet. Les psychiatres Déborah Ducasse et Véronique Brand-Arpon (2019, 2021) ont proposé une requalification majeure des critères du Trouble de la Personnalité Borderline (TPB) sous un prisme addictologique déstigmatisant. Dans cette perspective, la peur panique de l'abandon s'apparente à une angoisse de sevrage, et l'exigence insatiable de réassurance s'assimile à un état de *craving* relationnel, traduisant un déficit profond de régulation émotionnelle plutôt qu'une simple instabilité caractérielle. Ce changement de regard remplace la notion de caractère manipulateur par celle d'un déficit profond d'image de soi.

Les travaux de Demet Atlam, Betül Akyel Göven et Zeki Yüncü (2023) ont permis de structurer la mesure de ce trouble grâce au développement de l'Échelle d'Addiction dans les Relations Romantiques (*Addiction in Romantic Relationships Scale - ARRS*). Testée auprès de populations d'étudiants, cette échelle objective une structure tri factorielle (dévouement, sevrage et obsession) et présente une consistance interne élevée avec un coefficient alpha de Cronbach égal à $\alpha = 0.87$. Les recherches menées parallèlement par Sanches et John (2019) soulignent que les carences affectives précoces, la négligence parentale et l'anxiété d'attachement sont des prédicteurs majeurs du développement de cette dépendance.

1.2 Données épidémiologiques et positionnement des politiques publiques françaises

1.2.1 L'addiction sexuelle

L'évaluation épidémiologique de l'addiction sexuelle en France s'est récemment précisée. À l'échelle internationale, la vaste enquête *International Sex Survey* (Böthe et al., 2023) estime la prévalence globale du Trouble du comportement sexuel compulsif à 4,8 %. Sur le territoire français spécifiquement, cette même étude objective que 6,93 % des sujets interrogés se situent à haut risque. En complément, des données précises en soins primaires ont été produites par la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France. Leurs analyses révèlent une prévalence de 5,1 % parmi les usagers des maisons de santé pluriprofessionnelles, avec une répartition de 6,7 % chez les hommes et de 4,3 % chez les femmes (Toneguzzo et al., 2026). Ces chiffres démontrent que le trouble, loin d'être exclusivement masculin, concerne une proportion de femmes dont les demandes de soins ont longtemps été masquées par des stéréotypes de genre.

1.2.2 L'addiction relationnelle

Dans une revue de littérature majeure, Sussman (2010) estime la prévalence de la dépendance affective entre 5 % et 10 % au sein de la population générale adulte, avec une surreprésentation féminine marquée dans les cohortes cliniques. Par ailleurs, les enquêtes menées spécifiquement auprès de populations de jeunes adultes et d'étudiants mettent en évidence des prévalences particulièrement élevées. L'approche quantitative d'Ahmadi et al. (2013) objective une prévalence de 17,9 % pour « l'amour obsessionnel » chez les jeunes adultes, démontrant que ce construit est prédit de manière significative par un style d'attachement anxieux-ambivalent.

Ce constat s'articule avec les enquêtes transversales menées en milieu universitaire : Cook (1987) rapportait un taux de prévalence de la dépendance relationnelle de 25,9 % chez les étudiants américains, tandis que MacLaren et Best (2010) identifiaient une prévalence de 11,9 % pour la dépendance relationnelle de type soumise. Ces données transversales confirment que l'entrée dans l'âge adulte constitue une période de vulnérabilité majeure pour le déploiement de ces schémas d'attachement insécurisants.

1.2.3 La transition des politiques publiques françaises

La reconnaissance des addictions comportementales par les pouvoirs publics français demeure inégale. Au niveau stratégique, la Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 inscrit explicitement, aux côtés des substances psychoactives, les addictions « sans substance » — mais elle se limite aux jeux d'argent et de hasard et à l'usage problématique des jeux vidéo, sans jamais mentionner la dépendance sexuelle ou affective (MILDECA, 2023). Sur le plan de l'offre de soins, les CSAPA (Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ont pour mandat de prendre en charge l'ensemble des conduites addictives, avec ou sans produit ; en pratique toutefois, l'expertise et les dispositifs dédiés à la dépendance sexuelle et affective restent rares et concentrés dans quelques services spécialisés (Demily & Thibaut, 2016 ; IFAC), de sorte que de nombreuses personnes peinent à trouver une prise en charge adaptée. C'est en partie ce déficit d'offre spécialisée que les associations d'entraide entre pairs, telles que DASA viennent combler, alors même que l'intérêt institutionnel pour la pair-aidance longtemps informel, ne commence que récemment à se structurer (HAS, 2025).

1.3 Le modèle biopsychosocial: Cadre intégratif des addictions comportementales

Le modèle biopsychosocial postule que l'émergence, la chronicisation et le rétablissement d'une addiction résultent de l'interaction dynamique de facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels, s'opposant ainsi au réductionnisme biomédical traditionnel (Skewes & Gonzalez, 2013).

1.3.1 La dimension biologique

La dimension biologique du modèle inclut indéniablement les vulnérabilités génétiques et structurelles. Les recherches de Miner, Raymond, Mueller, Lloyd et Lim (2009) ont mis en évidence une altération de la substance blanche dans les régions frontales supérieures, affectant directement le contrôle de l'impulsivité chez les sujets souffrant de comportements sexuels compulsifs. De plus, Mechelmans et al. (2014) démontrent que le système dopaminergique subit une modification : les indices sexuels acquièrent une « saillance incitative » qui capture automatiquement l'attention du sujet, activant un réseau neuronal associé au désir compulsif (*wanting*) plutôt qu'au plaisir (*liking*), de manière similaire aux addictions aux substances.

Enfin, le modèle conceptuel I-PACE (*Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution*), formalisé par Brand et al. (2019), précise que ces vulnérabilités biologiques s'inscrivent dans une dynamique développementale : l'exposition précoce à des traumatismes ou des négligences infantiles induit un stress chronique qui altère durablement l'axe hypothalamo-hypophysaire (HPA) et les circuits de la récompense, privant l'individu des ressources neurobiologiques requises pour l'auto-apaisement à l'âge adulte.

1.3.2 La dimension psychologique

Sur le plan psychologique, la trajectoire addictive s'articule autour des schémas d'attachement et des capacités de régulation émotionnelle. L'insécurité d'attachement, en particulier de style anxieux-ambivalent, constitue le premier prédicteur de la dépendance affective selon Ahmadi et al. (2013), se caractérisant par une hyper-vigilance face aux signes de rejet et une idéalisation défensive du partenaire. L'addiction fonctionne ici comme une stratégie de régulation émotionnelle par l'extérieur (*coping* dysfonctionnel) : incapable de s'auto-apaiser de manière interne, le sujet utilise la compulsion relationnelle ou sexuelle pour anesthésier des affects intolérables de vide ou d'angoisse d'abandon. Comme le souligne la récente revue systématique de Biolcati et al. (2025), ce déficit d'intelligence émotionnelle et cette incapacité à réguler les états affectifs constituent des moteurs centraux dans le maintien des addictions comportementales.

Dans ce contexte, le sentiment d'efficacité personnelle (*self-efficacy*) théorisé par Albert Bandura (1977), défini comme la croyance d'un individu en sa capacité à adopter un comportement pour résister à la compulsion — s'avère être une variable cognitive clé pour l'amorce du rétablissement. Bandura distingue ces attentes d'efficacité des attentes de résultats (la croyance qu'un comportement produira une conséquence donnée). Les premières se construisent à partir de quatre sources d'information distinctes : les accomplissements de performance (l'expérience directe de la réussite), l'expérience vicariante (l'observation des pairs), la persuasion verbale et la régulation des états physiologiques ou anxieux.

1.3.3 La dimension socioculturelle

Au niveau macrosociologique, Valleur et Matysiak (2006) rappellent que nos sociétés contemporaines, valorisant l'hyper-consommation et l'immédiateté, sont intrinsèquement « addictogènes » et favorisent ces « pathologies de l'excès ». Cette dynamique est largement amplifiée par l'hyper-accessibilité technologique (pornographie en ligne, cybersexe, applications de rencontres, réseaux sociaux) identifiée par Kafka (2010) comme un catalyseur majeur de la compulsivité comportementale.

Au niveau microsociologique, la trajectoire de rétablissement dépend étroitement du **Capital de Rétablissement** (*Recovery Capital*), conceptualisé par Cloud et Granfield (2008). Ils le définissent comme la somme des ressources internes et externes mobilisables offrant la capacité à s'extraire de la dépendance, réparties en quatre composantes majeures : le capital social (liens d'entraide, soutien de l'entourage), physique (ressources matérielles, logement stable), humain (estime de soi, santé physique et mentale) et culturel (valeurs, croyances adaptatives). Dans cette perspective, le rétablissement est compris comme un parcours dynamique et de long terme, s'étendant fréquemment sur plus d'une décennie (De Soto et al., 1989).

L'absence de ces soutiens constitue un « capital de rétablissement négatif » qui, conjugué au stigmatisme social (Room, 2005) et à des barrières d'accès aux soins d'ordre intersectionnel (Stenersen et al., 2022), entrave drastiquement les démarches de rétablissement.

1.4 Le poids des comorbidités, des traumatismes infantiles et de la précarité

1.4.1 L'omniprésence des comorbidités psychiatriques et transferts de dépendance

La littérature rapporte une comorbidité psychiatrique massive. Dans leur échantillon de 36 sujets présentant des comportements sexuels compulsifs, Black et al. (1997) objectivent que 83 % présentaient au moins un trouble de l'Axe I du DSM au cours de leur vie (et 61 % plus d'un), parmi lesquels 39 % une dépression majeure ou une dysthymie, 42 % un trouble phobique et 64 % un trouble lié à l'usage de substances. Ces proportions sont prolongées par les travaux de Raymond et al. (2003) : sur 25 patients, 88 % remplissaient les critères d'un trouble de l'Axe I du DSM-IV au moment de l'évaluation et 100 % au cours de leur vie, avec une prédominance des troubles de l'humeur et anxieux. Cette dynamique se retrouve au cœur des critères du trouble hypersexuel proposés par Kafka (2010), où l'agir sexuel est explicitement déclenché en réponse à des états d'humeur dysphoriques tels que l'anxiété. Dans ce contexte, le comportement compulsif a pour fonction d'agir comme un véritable anxiolytique comportemental : les données de Miner et al. (2009) suggèrent en effet que ces conduites fonctionnent comme un « modérateur d'affect négatif » directement lié à la réactivité du sujet face à l'anxiété, lui procurant un soulagement immédiat de la tension et une fuite transitoire face à une détresse psychique chronique.

Les poly-addictions constituent la norme clinique plutôt que l'exception, témoignant d'une « **vulnérabilité addictive transversale** » telle que modélisée par Brand et al. (2019). Dans son étude portant sur 932 dépendants sexuels, Carnes (1991) rapporte que 42 % présentaient concomitamment une dépendance à l'alcool ou aux substances, 38 % un trouble des conduites alimentaires, 28 % une dépendance au travail et 26 % des achats compulsifs. L'émergence contemporaine de pratiques telles que le *Chemsex* illustre parfaitement cette dynamique : la consommation planifiée de produits psychoactifs en contexte sexuel lève l'inhibition et exacerbe les perceptions, fusionnant avec le comportement compulsif pour créer un potentiel addictogène démultiplié et majorer drastiquement les complications cliniques (Donnadieu-Rigole et al., 2020). Cette tendance à la polyaddiction (*cross-addictions*) est corroborée par Cook (1987) qui, sur un échantillon non clinique de 604 étudiants, observe que les individus se déclarant dépendants à une conduite donnée en cumulent en moyenne plus de quatre autres ; les addictions sexuelles et relationnelles y forment par ailleurs un agrégat (*cluster*) significativement corrélé à la détresse émotionnelle (anxiété, dépression).

1.4.2 Le rôle central des psychotraumatismes

L'exposition à des traumatismes durant l'enfance (ACE - *Adverse Childhood Experiences*), concerne près de 65 % de la population française (score ACE ≥ 1), avec une adversité cumulative sévère (score ACE ≥ 4) nettement plus minoritaire, représentant 18,6 % (cohorte CONSTANCES, Mourchidi et al., 2026), bien que asymétrique selon le genre (21,6 % des femmes et 15,5 % des hommes). L'analyse officielle des données de la cohorte établit que l'exposition aux violences sexuelles durant l'enfance concerne de manière avérée 16 % des femmes et 6 % des hommes au niveau national (moyenne globale de 11,5 %). Ces données épidémiologiques massives soulignent l'ampleur de l'effraction psychique précoce comme enjeu de santé publique majeur. Par ailleurs, l'enquête nationale de Muriel Salmona (2015) rappelle que 81 % des violences sexuelles surviennent avant 18 ans, générant une mémoire traumatique brute et une dérégulation émotionnelle extrêmes. Pour survivre à ces effractions psychiques, les victimes développent des « conduites dissociantes ».

En effet, comme l'analyse Nathalie Duriez (2016) et le modèle I-PACE, l'addiction sexuelle ou affective peut être lue comme une conduite dissociante par laquelle le sujet rejoue inconsciemment le traumatisme pour retrouver une forme d'anesthésie émotionnelle et réguler un stress intolérable. Le passage à l'acte compulsif ou la fusion relationnelle constituent alors des tentatives désespérées de maîtrise d'une angoisse d'abandon ou de reviviscences traumatiques.

L'étude de Felitti et al. (1998) a démontré l'existence d'une relation dose-réponse entre le score ACE et le risque de troubles psychiatriques et addictifs à l'âge adulte, identifiant un seuil critique ≥ 4 à partir duquel le risque de basculer dans des dépendances sévères, et des conduites autodestructrices s'accroît de manière exponentielle, confirmant l'impact direct et cumulatif du traumatisme précoce sur la vulnérabilité de l'adulte.

1.4.3 La précarité socio-environnementale et les asymétries de la stigmatisation

À cette vulnérabilité psycho-traumatique vient s'ajouter l'impact des déterminants sociaux. Les recherches de Fierdepied, Sturm et Baubet (2014) mettent en évidence que l'exclusion sociale et les ruptures relationnelles précoces favorisent le développement d'un mode relationnel marqué par une **méfiance systémique**, et une difficulté majeure à établir des liens d'attachement sécurisants. Dans ce contexte, la compulsion répond à une véritable logique de survie psychique : le comportement compulsif devient une « alternative à autrui ». Il remplace un lien humain jugé trop dangereux ou décevant, et offre une satisfaction immédiate sans le risque de la dette relationnelle, fonctionnant comme une prothèse psychique pour un Moi fragilisé. De plus, ces auteurs mettent en lumière des asymétries de stigmatisation selon la visibilité sociale du trouble. Les usagers dont la dépendance implique des substances illégales ou des conditions de vie de rue s'exposent à un stigmate public et institutionnel, qui précipite leur marginalisation.

À l'inverse des trajectoires de rue ou d'addictions aux substances dont la dégradation somatique est immédiatement repérable dans l'espace public (Fierdepied, Sturm et Baubet, 2014), les dépendances sexuelles et relationnelles s'articulent autour d'un processus où l'exclusion et la détresse restent longtemps masquées pour l'entourage, illustrant la frontière conceptuelle de Room (2005) entre le monde de la marginalité visible et celui des usagers insérés mais cliniquement isolés. Ce repli sur soi, nourri par la honte et le secret décrits par Carnes (1991), retarde la demande d'aide et érige une barrière psychosociale majeure d'accès aux soins.

1.5 Les groupes DASA: un dispositif d'entraide en marge du système de soins

1.5.1 La légitimité scientifique des programmes en Douze Étapes

Face aux carences des institutions de soins traditionnelles, des communautés de pairs se sont développées de manière autonome afin d'offrir un accompagnement gratuit et durable.

Issue du modèle en 12 étapes des Alcooliques Anonymes, Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes (DASA) constitue un réseau d'entraide mondial pour les personnes souffrant d'une perte de contrôle de leurs comportements relationnels ou sexuels. L'efficacité de ces dispositifs est aujourd'hui validée par la littérature scientifique.

La revue systématique Cochrane de Kelly, Humphreys et Ferri (2020), portant sur le trouble de l'usage d'alcool, a établi que les interventions de facilitation en 12 étapes, augmentent le taux d'abstinence continue de manière supérieure aux autres traitements actifs, dont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), avec un effet maintenu de 12 à 36 mois.

1.5.2 La co-construction d'une « sobriété sur mesure »

La spécificité du modèle DASA réside dans sa redéfinition conceptuelle de la « sobriété ». Contrairement aux mouvements ciblant les addictions à des substances qui prônent l'abstinence totale et définitive d'un produit, DASA fait face à des objets (la sexualité, le lien humain) qui ne peuvent être totalement éliminés de la vie du sujet. Le programme s'articule donc autour de la co-construction d'un plan de sobriété personnalisé et évolutif¹.

Au sein de la fraternité DASA, le rétablissement ne se définit pas par une abstinence rigide ou définitive de la vie affective et sexuelle, mais par l'accès à une sobriété consciente, progressive et individualisée. Selon la littérature et les principes fondateurs de ce mouvement, ce processus ne vise pas une privation relationnelle, mais une rupture du cycle de l'emprise et de l'obsession afin de restaurer une capacité d'attachement sécurisante, caractérisée par la flexibilité cognitive, le respect de ses propres limites et une connexion authentique à l'autre. Comme le souligne Heather Kitchin (2002) dans ses analyses sur l'appropriation des programmes en 12 étapes, les membres négocient et en réévaluent souvent les préceptes pour concevoir une « sobriété sur mesure » avec un partenaire de rétablissement².

Le rétablissement ne vise pas la suppression de la sexualité ou des relations affectives, mais l'arrêt ciblé de comportements dits « limites³ ». Ces derniers se matérialisent sous une double polarité dysfonctionnelle :

- la **tendance compulsive** (recherche effrénée de gratifications sexuelles, dépendance émotionnelle exacerbée à autrui, obsessions romanesques, *craving* d'activité sexuelle ou relationnelle) ;
- la **tendance restrictive** (évitement compulsif de l'intimité défini en DASA comme "anorexie affective ou sexuelle"⁴).

Cette approche vise à restaurer une capacité d'attachement sécurisante non addictive.

¹ « Il n'y a pas dans DASA de définition unique de la sobriété, car les formes que prend la dépendance affective et sexuelle sont très variées selon les individus. (...) Chaque membre identifie, à l'aide du programme DASA, la forme que revêt sa dépendance en ce qui le concerne personnellement et devient sobre lorsqu'il s'abstient d'agir sur ses propres comportements dits limites ». Sex and Love Addicts Anonymous (2005). *The Basic Text*. San Antonio, TX: Fellowship Wide Services

² Dans la terminologie des programmes en 12 étapes, ce partenaire privilégié désigne un parrain ou une marraine (*sponsor*) choisi par le membre. Il s'agit d'un membre plus expérimenté de la fraternité qui, ayant stabilisé sa propre sobriété, transmet les outils du programme et guide le nouveau venu à travers le partage d'une expérience de rétablissement, s'inscrivant dans une dynamique d'entraide purement horizontale et bénévole (Alibrandi, 1978).

³ Ces derniers sont définis comme des actes sexuels ou émotionnels qui, une fois engagés, entraînent une perte de contrôle (en nombre, fréquence ou durée) et des conséquences autodestructrices de plus en plus graves. SLAA, 2005, op. cit

⁴ Dans DASA, l'anorexie affective ou sexuelle se définit comme l'évitement compulsif de l'intimité relationnelle, émotionnelle ou sexuelle. Contrairement à un choix d'abstinence ou à une baisse de la libido, l'anorexie est une stratégie de défense inconsciente et dysfonctionnelle face à une angoisse majeure du lien. Pour se protéger d'un danger perçu tel que la peur du rejet, de l'abandon, de la trahison ou de l'engouffrement par l'autre, le sujet se met en état de « privation relationnelle » et se coupe lui-même de lien, érigeant une barrière qui l'empêche de donner ou de recevoir des marques d'affection ou de s'engager dans une intimité relationnelle, émotionnelle ou sexuelle.

1.5.3 La « Méthode Essentielle » de Borkman

Les groupes d'entraide opèrent comme de puissants vecteurs de capital psychosocial et de savoirs expérientiels. Comme l'a démontré la sociologue Thomasina Borkman, l'efficacité thérapeutique de ces mouvements repose sur la « Méthode Essentielle » (2006), ancrée dans la valorisation du savoir expérientiel initialement théorisée par l'auteure (1976). Cette méthode se définit par un partage de vécus au sein d'un espace strictement horizontal, affranchi de toute hiérarchie bureaucratique ou soignante. Cette absence d'autorité verticale bouleverse le paradigme d'accompagnement : l'individu s'extrait de sa posture d'utilisateur passif soumis à une prescription pour recouvrer son agentivité. Il redevient l'acteur souverain de son rétablissement au cœur d'une communauté cimentée par une vulnérabilité partagée.

De plus, le mécanisme de parrainage (*sponsorship*) analysé par Alibrandi (1978) décrit une dynamique d'entraide thérapeutique à double-sens. En transmettant les outils du programme et en s'impliquant dans le service, le membre consolide sa sobriété et restructure son identité.

1.5.4 Neuro-réhabilitation frontale et ancrage par l'expérience de maîtrise active

Cette restructuration identitaire s'appuie sur un levier cognitif central : la restauration du sentiment d'auto-efficacité (*self-efficacy*) théorisé par Albert Bandura (1977). Les groupes DASA alimentent ce sentiment par deux sources d'information majeures : d'une part, l'expérience vicariante née de l'écoute de pairs ayant surmonté des situations similaires ; d'autre part, les accomplissements de performance à travers la validation quotidienne des jours de sobriété, « 24 heures à la fois »⁵ qui constitue le levier le plus puissant de reconstruction de l'auto-efficacité.

Sur le plan de la qualité de vie, Kairouz et Fortin (2013) démontrent dans leurs études sur les membres de long terme (*old-timers*) que cette implication active favorise une satisfaction existentielle globale, remplaçant la compulsion par un sentiment d'appartenance. L'accumulation de succès quotidiens ne se réduit donc pas à une simple absence de comportement déviant, mais constitue une dynamique qui permet de neutraliser les expériences négatives issues du passé, en les remplaçant par une restauration de l'estime de soi et un retour de l'optimisme, redonnant ainsi un sens profond à l'existence.

Sur le plan organique, ce processus psychologique s'articule avec ce que Giuffra (2015) postule être une neuro-réhabilitation du lobe frontal. Alors que le processus addictif et les traumatismes précoces lèsent le cortex préfrontal, créant une hypofrontalité décisionnelle, Giuffra émet l'hypothèse que la pratique des 12 Étapes pourrait fonctionner comme une kinésithérapie cérébrale. Le groupe agirait en début de parcours comme un « décisionnaire de substitution » palliant cette hypofrontalité. Par la suite, l'adoption répétée de comportements compensatoires (honnêteté, service) via le réseau de pairs participerait, par plasticité neuronale, à la restauration progressive de la souveraineté décisionnelle du sujet.

⁵ Dans les groupes en 12 étapes, on ne demande pas au nouveau membre d'imaginer une vie entière sans comportement compulsif (ce qui détruirait son sentiment d'auto-efficacité par un objectif inaccessible). On lui suggère d'essayer d'être sobre heure par heure, ce que définit le concept "d'un jour à la fois".

En définitive, l'analyse approfondie de la littérature scientifique et clinique permet de dégager une vision systémique et séquentielle des addictions sexuelles et relationnelles, ouvrant la voie à une compréhension holistique du modèle d'entraide proposé par DASA. En démontrant que ces pathologies ne se réduisent pas à de simples défaillances comportementales isolées mais s'articulent comme une cascade neuro-cognitive où le trauma initial (ACE), l'insécurité d'attachement (ECR-12) et la précarité (EPICES⁶) se conjuguent pour imposer la compulsion comme une stratégie de survie, ce cadre théorique redéfinit l'action de la pair-aidance.

Les groupes en 12 Étapes ne se contentent pas de bloquer le dernier maillon de cette réaction en chaîne ; ils offrent une matrice de reconstruction globale, à la fois cognitive, relationnelle, existentielle et neurobiologique. C'est précisément pour explorer cette dynamique multifactorielle, mesurer le poids de ces vulnérabilités croisées et vérifier empiriquement la capacité de ce dispositif à générer un capital de rétablissement (BARC-10)⁷ et de nouvelles ressources spirituelles laïques (WHOQOL-SRPB) au sein de la population DASA France que s'est construite notre démarche.

⁶ Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

⁷ *Brief Assessment of Recovery Capital* ; Vilsaint et al., 2017

2. Objectifs et Problématique de l'étude

2.1 Problématique de l'étude

La confrontation entre la prévalence élevée des addictions affectives et sexuelles en France (Bóthe et al., 2023) et le manque d'accompagnement spécifique et de longue durée au sein du système de santé publique révèle un angle mort majeur des politiques de santé. Face à l'isolement social et matériel généré par le stigmatisme et la honte (Room, 2005 ; Fierdepied et al., 2014), le recours aux groupes d'entraide fondés sur l'approche des Douze Étapes au sein de la fraternité DASA (Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes), constitue une alternative thérapeutique et de santé publique essentielle. Pourtant, les caractéristiques biopsychosociales précises de cette population et les mécanismes cliniques sous-jacents à leur rétablissement demeurent inexplorés dans la littérature scientifique francophone.

Il apparaît crucial d'objectiver comment s'articulent les vulnérabilités structurelles initiales (précarité sociale, traumatismes infantiles, insécurité d'attachement) au sein de cette population, et d'évaluer la capacité de ces individus à s'extraire de la compulsion par la construction d'un Capital de Rétablissement (*Recovery Capital*) construit par la pair-aidance.

Dès lors, la problématique centrale de ce travail de recherche s'articule autour de la question suivante :

Dans quelle mesure le profil biopsychosocial des membres de la fraternité DASA en France se distingue-t-il de la population générale par un ancrage psychotraumatique précoce et une forte intrication de comorbidité (anxiété, dépression, poly-dépendances) ; et selon quelle dynamique ce dispositif permet-il de pallier ces vulnérabilités par l'accumulation d'un capital de rétablissement et d'une spiritualité laïque ?

Pour répondre à cette problématique générale, la recherche se déploie à travers trois sous-questions de recherche spécifiques :

- **Question 1 (Le terreau traumatique) :** L'environnement initial des membres de la fraternité DASA est-il marqué par une prévalence de traumatismes dans l'enfance supérieure aux normes de la population générale ?
- **Question 2 (Le croisement des poly-addictions et des comorbidités) :** Comment s'articulent l'addiction sexuelle et relationnelle, et dans quelle mesure leur intensité augmente-t-elle le risque de multiplier les dépendances au cours de l'existence ?
- **Question 3 (Le processus de rétablissement) :** L'engagement actif au sein de DASA exerce-t-il une influence sur la réduction de la détresse symptomatique, la construction des ressources psychosociales et spirituelles appréhendées à travers le processus de reconstruction de sens (*meaning-making*)⁸ ?

⁸ Le processus de reconstruction de sens (*meaning-making*) et la validité clinique des dynamiques de rétablissement au sein des pairs-émulations en 12 Étapes sont solidement ancrés en addictologie, notamment par les travaux de Laudet (2007) et la revue systématique majeure de Kelly et al. (2020).

2.2 Objectif principal et objectifs secondaires

2.2.1 Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est de cartographier, pour la première fois en France, la réalité clinique et le profil biopsychosocial des participants de la fraternité DASA. Cette cartographie vise à identifier les spécificités de cette population au regard des normes nationales, en objectivant la sévérité de leurs trajectoires et la nature de leur reconstruction identitaire via une batterie d'outils standardisés et validés : (*SAST-R*, *ECR-12*, *EPICES*, *ACE*, *PHQ-9*, *GAD-7*, *BARC-10* et *WHOQOL-SRPB*)⁹.

2.2.2 Objectifs secondaires

Pour répondre à cet objectif principal, l'étude se décline en trois objectifs secondaires mesurables :

- **Mesurer les écarts épidémiologiques et traumatiques** : Évaluer statistiquement si les participants DASA présentent une prévalence d'expériences adverses durant l'enfance (score *ACE*) significativement supérieure à la moyenne de la population générale française, telle que documentée par la cohorte *CONSTANCES* (Mourchidi et al., 2026).
- **Caractériser les comorbidités psychiatriques et addictives** : Comparer les niveaux de détresse psychique actuelle (dépression via le *PHQ-9* et anxiété via le *GAD-7*) avec les normes nationales (Rouquette et al., 2023), tout en explorant le niveau d'intrication des compulsions et le cumul des comorbidités addictives déclarées au cours de la vie.
- **Quantifier la dynamique du rétablissement sur le capital psychosocial et la spiritualité** : Vérifier en amont l'homogénéité de la sévérité initiale des troubles entre les tranches d'ancienneté (ligne de base historique). Mesurer ensuite l'impact de la durée d'engagement (ancienneté) et de l'intensité de l'implication (niveaux de service) sur l'accumulation du capital de rétablissement (score *BARC-10*) et sur le score continu de développement spirituel issu du module *WHOQOL-SRPB* de l'OMS.

⁹ Voir *Descriptif du protocole et outils de mesure* p. 14

3. Matériel et Méthodes

3.1 Contexte de l'étude et ancrage institutionnel de la fraternité DASA

En France, l'association compte 28 groupes en 2026¹⁰, dont 17 dans les principales métropoles (10 à Paris, 7 en province) et 11 en visio-conférence, se réunissant chaque semaine. Selon les données internes, ces groupes accueillent en moyenne 10 participants par réunion¹¹. On estime donc le nombre de participants actifs de 250 à 300 personnes en France à ce jour.

Historiquement, la fraternité *Sex and Love Addicts Anonymous* (SLAA) a vu le jour aux États-Unis en 1976. Fondée à Boston par la *Augustine Fellowship*, elle applique et adapte le programme de rétablissement en Douze Étapes des Alcooliques Anonymes, en visant à combler un vide d'accompagnement pour les personnes souffrant de compulsions sexuelles et d'addictions relationnelles sévères. Ce modèle a traversé l'Atlantique pour s'implanter en France, où l'association Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes (DASA) a été officiellement créée en 1997¹², ainsi que son premier groupe à Paris.

Comme évoqué précédemment, une des spécificités cliniques de DASA réside dans l'auto-définition de la pathologie. Contrairement à la psychiatrie institutionnelle où le diagnostic est posé par un clinicien selon des critères stricts (tels que le DSM-5 ou la CIM-11), au sein de DASA c'est l'individu qui définit lui-même les contours de sa propre maladie à l'aide de ses pairs (parrainage/marrainage, nouveau réseau d'entraide) pour identifier ses propres cycles d'addiction. Cette approche permet au sujet de s'approprier son diagnostic à partir de sa propre réalité intime, contournant ainsi le stigmate souvent ressenti face à une étiquette médicale extérieure, tout en sortant d'un vécu isolé.

La seconde rupture majeure de ce modèle est qu'il repose sur l'engagement volontaire: les participants franchissent les portes de DASA sans obligation de soins. À l'inverse de certains parcours addictologiques qui peuvent être imposés par des injonctions thérapeutiques ou judiciaires, l'engagement dans la fraternité DASA repose sur le désir de l'individu d'arrêter son comportement destructeur, souvent après une période de consommation marquant une intense détresse. En s'extrayant du cadre prescriptif et hiérarchique du monde médical, les groupes DASA déploient un espace de pair-aidance horizontal. Cette absence de contrainte institutionnelle modifie la dynamique de changement : l'individu ne subit pas un traitement imposé, mais s'approprie sa démarche au sein d'une communauté de pairs unis par les mêmes vulnérabilités.

3.2 Échantillon d'étude, critères d'éligibilité et cadre éthique

Cette étude adopte un design quantitatif, observationnel et transversal. Le recueil des données s'est fait par échantillon de convenance via les réseaux de communication internes de l'association DASA France et lors d'un événement communautaire, entre mars et avril 2026. L'échantillon final validé comprend 105 répondants engagés dans un processus de rétablissement.

¹⁰ <https://dasafrance.fr/reunions-liens/>

¹¹ Rapport d'activité 2025 de l'association Dasa France.

¹² Dossier de presse DASA, dasafrance.fr

3.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour garantir la pertinence des données recueillies, les participants devaient répondre aux critères suivants :

- **Âge** : Individus majeurs (18 ans et plus).
- **Engagement** : Membres actifs, passé ou présent, de la fraternité DASA.
- **Localisation** : Participants aux réunions de Dasa France en présentiel ou visio-conférence.
- **Langue** : Aptitude à lire et comprendre le français.
- **Consentement** : Accord explicite pour l'utilisation anonymisée des données recueillies au sein du questionnaire.

Sont exclus de l'étude : Les individus refusant expressément l'utilisation anonymisée de leurs données.

3.2.2 Cadre éthique et protection stricte de l'anonymat

La réalisation de cette étude s'inscrit dans le strict respect des principes éthiques régissant la recherche en santé. Préalablement à l'accès aux questions, une note d'information détaillant les objectifs de la recherche et les modalités d'exploitation des résultats a été présentée à chaque répondant. La validation de cette étape et l'accès au questionnaire numérique étaient strictement conditionnés par la validation d'un consentement éclairé.

Compte tenu de la nature sensible des données collectées (pratiques sexuelles, traumatismes, sphère relationnelle) et conformément à la Onzième Tradition de la fraternité DASA garantissant un anonymat rigoureux, la plateforme de recueil *Framaforms.org* a été paramétrée pour empêcher la collecte de données traçables (adresses IP, métadonnées, adresses courriels).

Posture éthique : Étant membre de la fraternité DASA, j'ai abordé ce travail avec une grande vigilance éthique. À cause de cette implication au sein de DASA, j'aurais pu identifier certains participants en croisant de simples informations (comme la ville, la profession ou des détails de leur histoire de vie). Pour garantir un anonymat total aux participants, j'ai choisi de supprimer toute question géographique ou professionnelle de mon questionnaire. Ce choix privilégie la sécurité des membres au détriment d'analyses secondaires.

3.3 Procédure de recueil et analyses statistiques

3.3.1 Descriptif du protocole et outils de mesure

Afin d'explorer le profil biopsychosocial des membres DASA, le questionnaire numérique de cette étude a été structuré en six blocs d'outils standardisés et validés par la littérature scientifique, dont le détail est présenté en Annexe. Ce protocole a permis d'évaluer :

- La précarité sociale, économique et relationnelle via l'indice EPICES ;
- Le terreau psychotraumatique à l'aide du score ACE (*Adverse Childhood Experiences*) ;
- L'intrication des compulsions à travers l'échelle ECR-12 (*Experiences in Close Relationships* version courte), pour l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité relationnelle, et le SAST-R (*Sexual Addiction Screening Test* révisé), pour la perte de

contrôle sexuelle. Bien que l'ECR-12 évalue deux dimensions de l'attachement théoriquement orthogonales (l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité), notre protocole a fait le choix d'utiliser également une approche composite (somme totale des 12 items, score de 12 à 84). Ce choix méthodologique non standard a été délibérément assumé afin d'obtenir un index global traduisant la « charge d'insécurité relationnelle » du sujet. Additionner ces deux dimensions indépendantes répondait à un objectif statistique précis : disposer d'une variable quantitative unique permettant de tester la corrélation entre la sévérité globale du fardeau affectif et l'extension du cumul comorbide (poly-addictions). Toutefois, pour respecter la validité psychométrique de l'outil et garantir la rigueur de l'analyse clinique, ces deux dimensions ont été systématiquement désagrégées et étudiées séparément lors de l'évaluation des profils psychologiques (cf. section 4.3.1)

- La détresse anxio-dépressive actuelle au cours des 14 derniers jours grâce aux échelles cliniques PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) pour le versant dépressif et GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder*) pour le versant anxieux ;
- Les ressources psychosociales internes et environnementales pour stabiliser l'abstinence comportementale à l'aide du score BARC-10 (*Brief Assessment of Recovery Capital*) ;
- La reconstruction du sens (*meaning-making*) et la spiritualité laïque au moyen d'une sous-échelle fonctionnelle *ad hoc* extraite du module WHOQOL-SRPB¹³ de l'OMS.

3.3.2 Stratégie des analyses statistiques

Plusieurs niveaux d'analyses statistiques ont été menés sur le jeu de données afin de dresser le profil de l'échantillon DASA et de confronter ses indicateurs aux données nationales :

- **Statistiques descriptives** : Les variables catégorielles (genre, profil d'identification) sont exprimées en fréquences absolues et en pourcentages. Les variables continues issues des scores cliniques standardisés sont présentées via leurs moyennes, médianes, écarts-types (*SD*) et étendues de distribution.
- **Analyses bivariées et comparatives** :
 - **Test du Chi-deux de Pearson (χ^2)** : Il a permis de tester l'association entre le genre et le profil d'identification DASA, ainsi que de comparer les taux d'exposition aux abus sexuels de l'échantillon aux données de référence de la cohorte nationale CONSTANCES (Chi-deux de conformité).
 - **Comparaison de prévalences à une norme nationale** : la proportion de participants dépassant le seuil clinique au PHQ-9 (≥ 10) et au GAD-7 (≥ 10) a été comparée aux prévalences correspondantes de la population générale française (Rouquette et al., 2023) au moyen d'un test du χ^2 d'ajustement, complété d'un test binomial exact et d'une mesure de la taille d'effet (*h* de Cohen).
 - **Tests non paramétriques (Kruskal-Wallis et Mann-Whitney)** : Le test de Kruskal-Wallis a été configuré pour comparer la distribution de scores continus (SAST-R, BARC-10, EPICES) entre plus de deux groupes indépendants. En cas de résultat significatif, des tests de Mann-Whitney ont été exécutés en guise de *tests post-hoc* pour effectuer les comparaisons par paires, associés à une correction de Bonferroni pour ajuster le risque d'erreur globale.

¹³ World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs

- **Corrélation de Spearman (ρ)** : Retenue pour évaluer la force et la direction de la relation entre deux variables, sans présumer de la normalité des distributions (ex : liaison entre le score de dépendance affective et le nombre total de comorbidités addictives déclarées, ou entre le score EPICES et l'âge).

Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des analyses est fixé à $p < 0,05$. Les analyses statistiques ont été réalisées en Python au sein d'un environnement Jupyter Notebook, en s'appuyant sur plusieurs bibliothèques scientifiques telles que NumPy, Pandas et SciPy. L'intégralité du code source utilisé pour le traitement des données est disponible sur demande.

4. Résultats : Analyse du profil biopsychosocial des participants

4.1 Caractéristiques sociodémographiques et mesure de la précarité sociale

Âge, genre, et profil d'identification DASA

Figure 1. Distribution des âges des participants

Les participants à notre étude présentent une moyenne d'âge de 44,4 ans ($SD = 11,6$; $Mdn = 43$; étendue : 25-70), (Figure 1) indiquant une population située majoritairement dans la force de l'âge adulte (entre 30 et 55 ans).

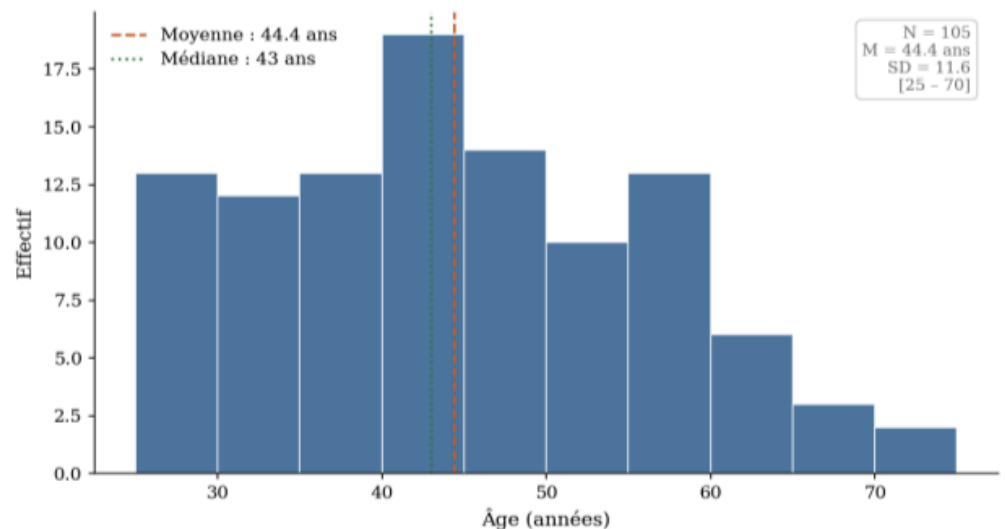
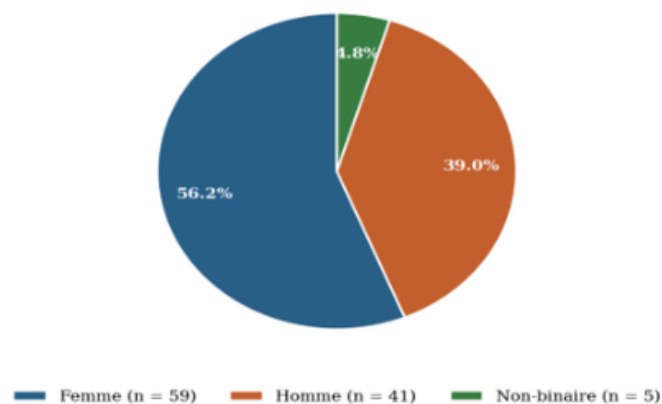


Figure 2. Répartition des participants par genre

La répartition par genre (figure 2) révèle une majorité féminine avec 59 femmes (56,2 %), suivie de 41 hommes (39,0 %) et 5 personnes non-binaires (4,8 %).

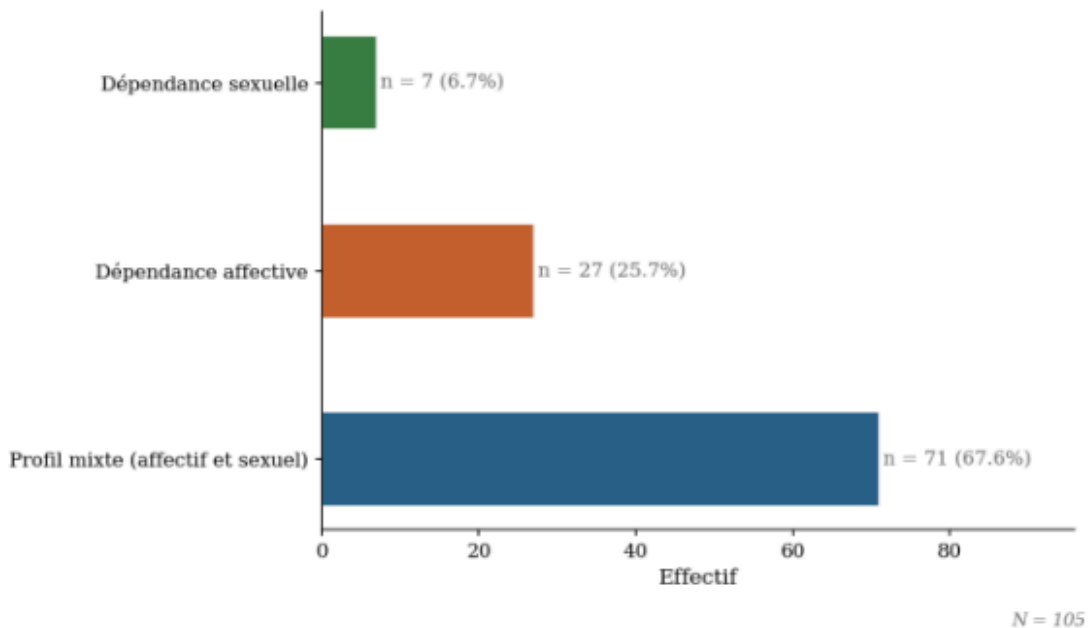


N = 105

L'identification des profils de dépendant affectif et/ou sexuel a été organisée selon trois catégories qui reflètent la manière dont les participants définissent leurs troubles.

La grande majorité des répondants ($N = 105$) se reconnaît dans un profil d'addiction mixte (affective et sexuelle) : 71 personnes (67,6 %)(figure 3). La dépendance affective seule concerne 27 participants (25,7 %), tandis que la dépendance sexuelle exclusive ne représente que 7 répondants (6,7 %).

Figure 3. Répartition des participants par profil d'identification DASA



Aucune différence significative d'âge n'est observée entre les profils d'identification ($H = 2,59$; $p = 0,274$). Les médianes sont relativement homogènes : 43 ans pour le profil mixte, 46 ans pour la dépendance affective et 40 ans pour la dépendance sexuelle. L'âge ne constitue donc pas un facteur discriminant du profil au sein de cet échantillon.

Figure 4. Distribution de l'âge selon le genre

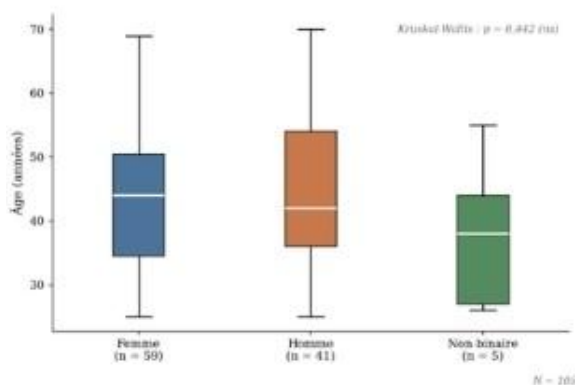
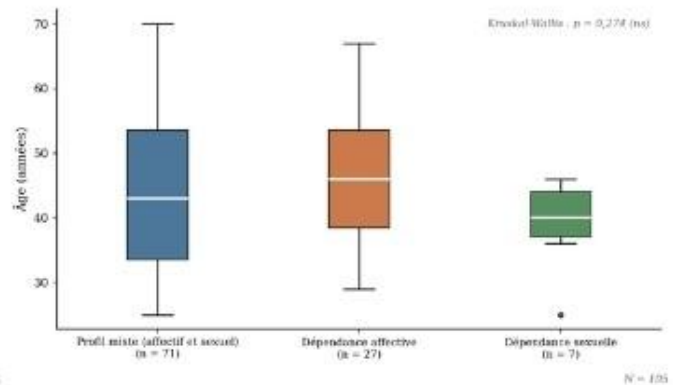


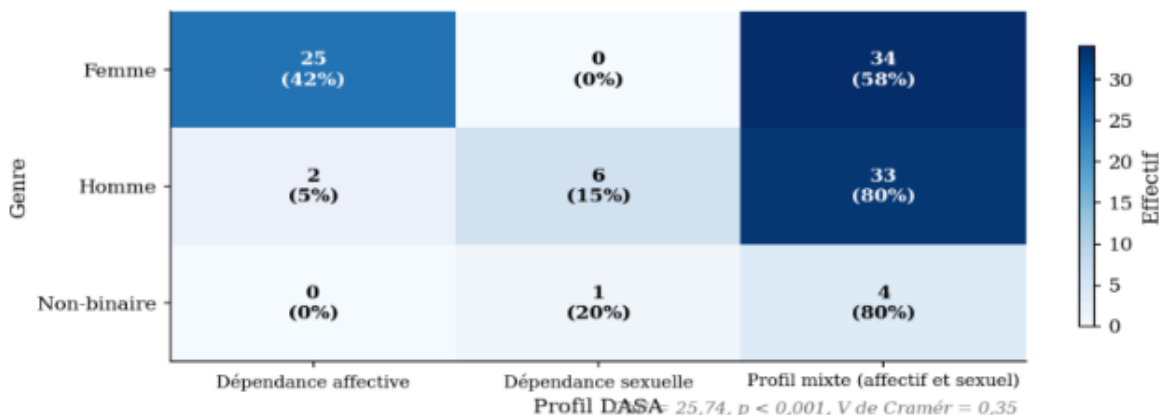
Figure 5. Distribution de l'âge selon le profil d'identification DASA



De même, aucune différence significative d'âge n'est observée entre les groupes de genre ($H = 1,63$; $p = 0,442$)(figure 4). Les médianes sont proches : 44 ans chez les femmes, 42 ans chez les hommes et 38 ans chez les personnes non-binaires. L'âge ne semble donc pas varier selon le genre au sein de cet échantillon.

Une forte disparité d'identification selon le genre

Figure 6. Tableau de contingence - Genre x Profil DASA



Le croisement entre le genre et le profil d'identification révèle une association hautement significative ($\chi^2(4) = 25,74$; $p < 0,001$; $V = 0,35$) (figure 6). Le tableau de contingence montre que les femmes s'identifient majoritairement à la dépendance affective ($n = 25$) ou au profil mixte ($n = 34$), tandis que les hommes se répartissent entre le profil mixte ($n = 33$) et la dépendance sexuelle ($n = 6$). Les personnes non-binaires ($n = 5$) s'orientent principalement vers le profil mixte.

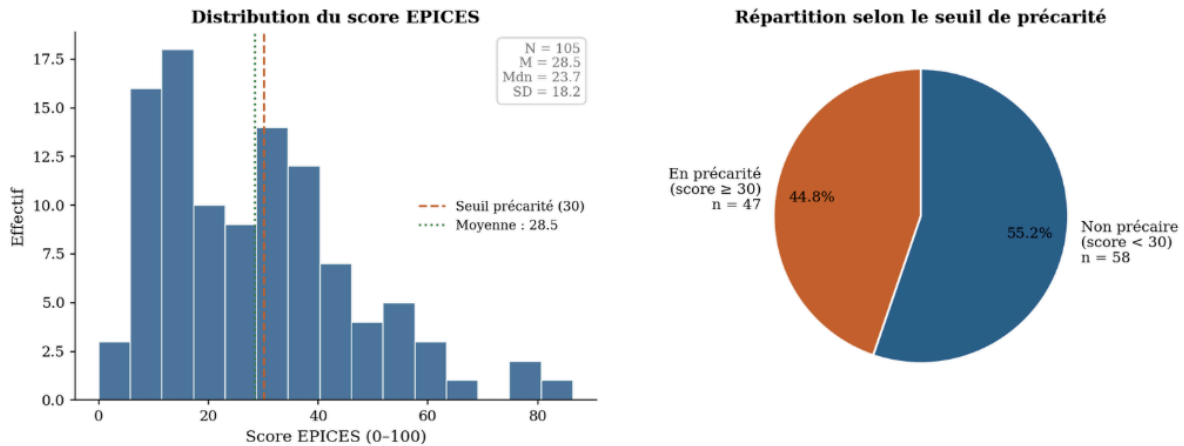
Conditions de vie et indicateurs de précarité sociale (EPICES)

La précarité sociale a été mesurée à l'aide de l'indice EPICES, selon la formule pondérée officielle¹⁴. Il convient de préciser que les questions ont été formulées de manière rétrospective afin de refléter la situation sociale de l'utilisateur au moment de son entrée dans la fraternité DASA, ou le pic de sa maladie. Cette adaptation non standardisée a été choisie pour documenter le niveau de désaffiliation sociale et de précarité relationnelle initiale des participants, souvent exacerbé par la phase active des pertes de contrôle comportementales.

Les résultats révèlent un score EPICES moyen de 28,5 ($SD = 18,2$; $Mdn = 23,7$; étendue : 0–86,4). Une part substantielle des participants (44,8 %, $n = 47$) se situait au-dessus du seuil de précarité ($\geq 30,17$) au moment de leur intégration dans la fraternité, sans toutefois constituer une majorité. La forte dispersion des scores et l'étendue couvrant la quasi-totalité de l'échelle objectivent une hétérogénéité marquée des trajectoires sociales initiales, l'échantillon juxtaposant des membres parfaitement insérés (score nul) et des sujets en situation de précarité sévère.

¹⁴ Selon la formule officielle de Sass et al. (2006), le score individuel EPICES est calculé à partir d'une constante de 75,14 à laquelle s'ajoutent algébriquement les coefficients des variables pour lesquelles le participant a répondu positivement (« Oui ») : $75,14 + 10,06 \cdot Q1 - 11,83 \cdot Q2 - 8,28 \cdot Q3 - 8,28 \cdot Q4 + 14,80 \cdot Q5 - 6,51 \cdot Q6 - 7,10 \cdot Q7 - 7,10 \cdot Q8 - 9,47 \cdot Q9 - 9,47 \cdot Q10 - 7,10 \cdot Q11$

Figure 7. Distribution du score EPICES

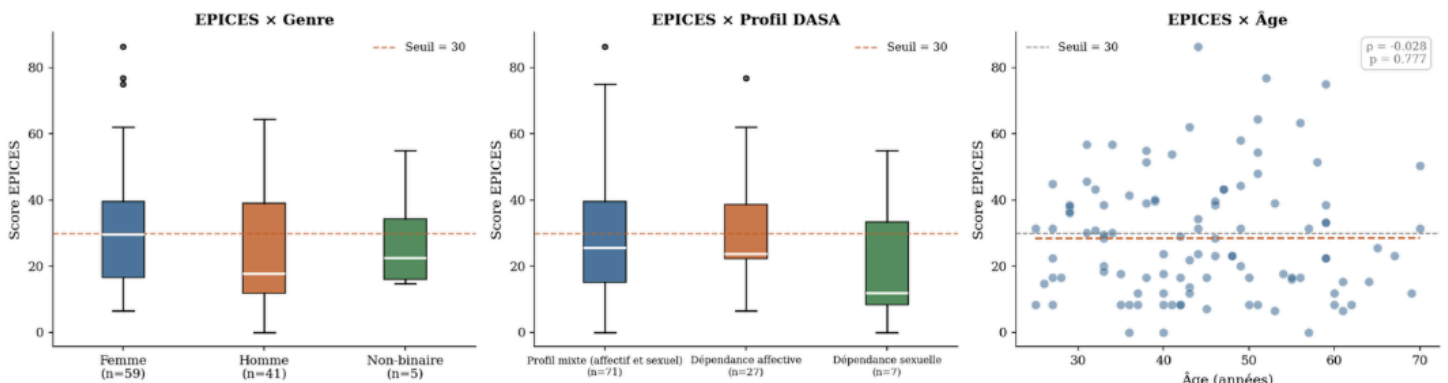


N = 105

Afin d'explorer si cette vulnérabilité sociale se distribue différemment selon les caractéristiques de la population, le score EPICES a été croisé avec l'âge (corrélation de Spearman), le genre et le profil d'identification DASA (Kruskal-Wallis). Aucune de ces trois analyses ne met en évidence d'association significative : ni avec l'âge ($p = -0,028$; $p = 0,777$), ni avec le genre ($H = 1,80$; $p = 0,407$), ni avec le profil ($H = 1,75$; $p = 0,418$). Sur le plan descriptif, on note une tendance non significative à des scores médians plus élevés chez les femmes (Mdn = 29,6) que chez les hommes (Mdn = 17,8), le sous-groupe dépendance sexuelle affichant les scores les plus bas (Mdn = 11,8), résultat à considérer avec prudence compte tenu de son effectif ($n = 7$). La dispersion des scores n'est donc structurée par aucune des variables sociodémographiques explorées.

Synthèse clinique : La population DASA étudiée est adulte, majoritairement féminine, et présente un profil social hétérogène plutôt qu'une précarité homogène. Le score médian, inférieur au seuil, indique que le membre « typique » n'était pas en situation de précarité matérielle objectivable à son entrée ; néanmoins, une minorité substantielle (44,8 %), dont certains sujets à des niveaux sévères, en relevait clairement. Ce profil contrasté est cohérent avec la distinction de Room (2005) entre marginalité visible et usagers socialement insérés mais cliniquement isolés : une part importante des membres échappe aux indicateurs classiques de précarité matérielle tout en souffrant d'un isolement relationnel masqué, illustrant le caractère « invisible » des dépendances affectives et sexuelles.

Figure 8. Score EPICES selon le genre, le profil DASA et l'âge



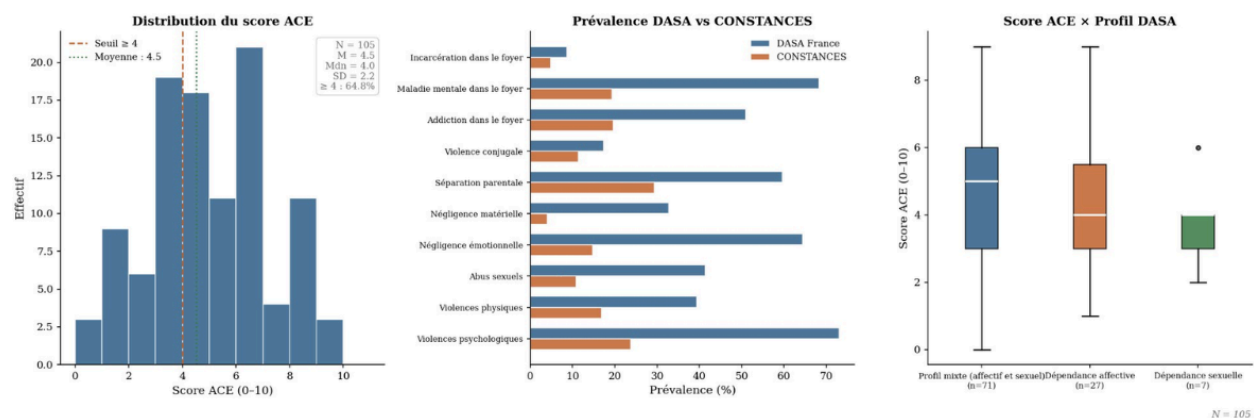
N = 105

4.2 Le terreau psycho-traumatique : prévalence du psychotrauma (Score ACE)

La littérature établit une relation dose-réponse entre le score ACE (*Adverse Childhood Experiences*) et la probabilité de développer des pathologies psychiatriques ou addictives sévères à l'âge adulte (Felitti et al., 1998). Le score ACE de l'échantillon a été mesuré puis comparé aux données nationales de référence (cohorte CONSTANCES) via un test du Chi-deux de conformité. Le score moyen s'établit à 4,51/10 ($Mdn = 4,0$; $SD = 2,25$; étendue : 0–9)(figure 9). Au total, 64,8 % des participants ($n = 68$) présentent un score ≥ 4 , seuil à partir duquel la littérature documente une augmentation critique du risque de pathologies psychiatriques et addictives à l'âge adulte.

La prévalence des traumatismes est massive sur l'ensemble des catégories explorées. Les violences psychologiques (73,1 %), la maladie mentale dans le foyer (68,3 %), la négligence émotionnelle (64,4 %) et la séparation parentale (59,6 %) sont les expériences les plus fréquemment rapportées. Les abus sexuels concernent 41,3 % des participants, soit un taux particulièrement élevé.

Figure 9. Score ACE et prévalence des traumatismes infantiles (CONSTANCES)



La comparaison aux données de l'enquête nationale CONSTANCES (Mourchidi 2026) révèle des écarts hautement significatifs sur 8 des 10 catégories explorées ($p < 0,001$). Les ratios les plus marquants concernent les abus sexuels (41,3 % vs 11,5 % en population générale), la négligence matérielle (32,7 % vs 4,0 %), la négligence émotionnelle (64,4 % vs 14,8 %) et les violences psychologiques (73,1 % vs 23,8 %).

Seules la violence conjugale (17,3 % vs 11,3 %, $p = 0,053$) et l'incarcération dans le foyer (8,7 % vs 4,8 %, $p = 0,066$) ne se distinguent pas significativement de la population générale.

Ces résultats indiquent que la population DASA présente une prévalence de traumatismes infantiles considérablement supérieure à celle de la population française, sur quasiment toutes les dimensions explorées par l'outil ACE.

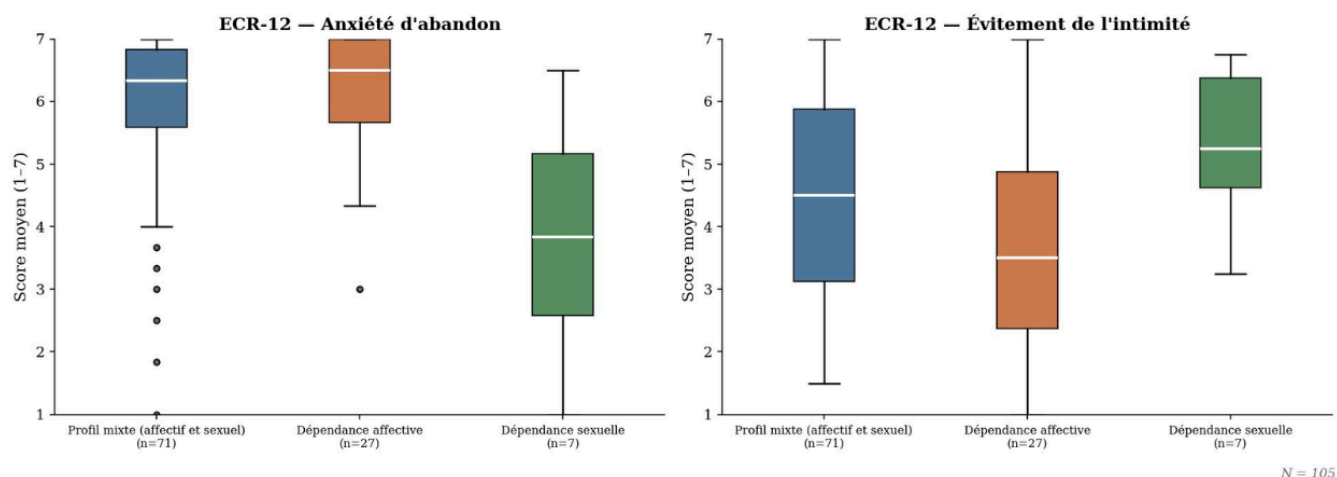
4.3 Objectivation clinique des compulsions relationnelles (ECR-12) et sexuelles (SAST-R)

4.3.1 L'addiction relationnelle (ECR-12) : une forte anxiété d'abandon et un évitement variable selon les profils

L'échelle ECR-12 (*Experiences in Close Relationships*) est un instrument validé permettant d'évaluer de manière abrégée et robuste les deux dimensions de l'insécurité d'attachement : l'anxiété d'abandon (peur de perdre le partenaire, besoin de réassurance, détresse face à l'indisponibilité de l'autre) et l'évitement de l'intimité (difficulté à s'ouvrir, inconfort dans la proximité émotionnelle).

Dans cette étude, l'ECR-12 a été utilisé de manière rétrospective, les participants étant invités à répondre en se replaçant dans la période de dépendance affective vécue comme la plus intense. Le score global a ensuite été croisé avec le profil d'identification DASA afin d'examiner si l'intensité des schémas d'attachement insécure variait selon que le participant se reconnaissait principalement dans une dépendance affective, sexuelle ou mixte.

Figure 10. Scores ECR-12 selon le profil d'identification DASA



Comparativement aux échantillons normatifs de validation en population générale, où les scores moyens se situent à 3,40 pour l'anxiété d'abandon et à 2,03 pour l'évitement de l'intimité (Lafontaine et al., 2016), l'échantillon DASA se caractérise par une élévation critique de l'anxiété d'abandon. Le score d'anxiété d'abandon est particulièrement élevé sur l'ensemble de l'échantillon ($M = 5,85/7$) (figure 10). Ce résultat s'avère massivement marqué pour les profils mixtes ($Mdn = 6,3$) et les profils de dépendance affective pure ($Mdn = 6,5$). Ces scores, quasi maximaux, s'avèrent très proches l'un de l'autre, confirmant que l'anxiété d'abandon constitue le dénominateur commun de ces deux profils cliniques.

Concernant la seconde dimension de l'attachement adulte, le score moyen global d'évitement de l'intimité s'établit à $M = 4,30$ ($SD = 1,66$), marquant là aussi une nette élévation par rapport aux données de la population générale ($M = 2,03$; Lafontaine et al., 2016). Cependant, contrairement à l'homogénéité observée sur le versant de l'anxiété, la dimension de l'évitement se caractérise par une forte dispersion et révèle des polarités hautement contrastées selon le profil d'identification des membres :

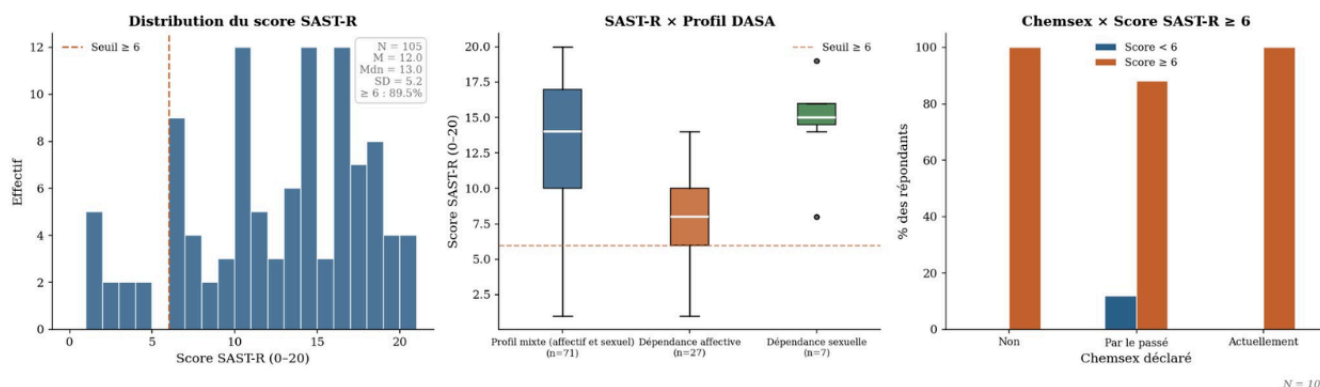
- Le groupe dépendance affective pure ($n = 27$) affiche le niveau d'évitement le plus bas de l'échantillon ($Mdn \approx 3,5$), se situant légèrement en dessous du point milieu théorique de l'échelle, tout en restant supérieur à la norme de la population générale. En d'autres termes, ces sujets ne cherchent pas à fuir l'intimité relationnelle ; ils sont plutôt dans une dynamique d'accrochage et de recherche active de proximité, même si celle-ci reste insécurisante.
- Le groupe profil mixte ($n = 71$) occupe une position intermédiaire et surélevée, avec une valeur médiane s'établissant à environ 4,5. Concrètement, ce profil se trouve tiraillé entre deux mouvements contradictoires : une forte peur de l'abandon conjuguée à une méfiance qui le pousse à maintenir une certaine distance de sécurité émotionnelle.
- Le groupe dépendance sexuelle ($n = 7$) présente quant à lui le score d'évitement le plus sévère de l'échantillon, avec une médiane culminant à environ 5,3. Cela signifie que ce groupe utilise massivement la distance et l'évitement de l'intimité affective comme stratégie de protection, le comportement sexuel compulsif servant souvent de substitut sans engagement émotionnel.

Néanmoins, les résultats concernant ce dernier groupe sont à interpréter avec extrême prudence en raison du très faible effectif, qui limite la portée des comparaisons statistiques et des généralisations.

4.3.2 L'addiction sexuelle (SAST-R) : une transversalité au-delà des profils

Le SAST-R (*Sexual Addiction Screening Test - Revised*) est un outil développé par Carnes permettant d'objectiver la sévérité des comportements sexuels compulsifs. Dans cette étude, la version tronc commun à 20 items (*core scale*) en réponses binaires (Oui/Non) a été utilisée, avec une consigne rétrospective invitant les participants à se replacer dans leur vécu concernant la période de perte de contrôle de leurs comportements sexuels la plus intense.

Figure 11. Score SAST-R selon le profil DASA et chemsex



Le score SAST-R a d'abord été décrit sur l'ensemble de l'échantillon, puis croisé avec le profil d'identification DASA (mixte, affectif, sexuel) par un test de Kruskal-Wallis, afin d'examiner si la sévérité de l'addiction sexuelle objectivée variait selon le profil déclaré.

Le score SAST-R moyen s'établit à 12,0/20 ($Mdn = 13,0$; $SD = 5,2$; étendue : 1–20) (figure 11). Au total, 89,5 % des participants ($n = 94$) atteignent ou dépassent le seuil de 6, confirmant une prévalence massive de comportements sexuels compulsifs au sein de la population DASA ayant participé à cette étude.

Une différence hautement significative est observée selon le profil d'identification ($H = 25,41$, $p < 0,001$). Les comparaisons par paires révèlent que le profil mixte ($Mdn = 14,0$) et dépendance sexuelle ($Mdn = 15,0$) présentent des scores comparables et significativement plus élevés que la dépendance affective ($Mdn = 8,0$), aussi bien pour le profil mixte vs affectif ($p_{corr} < 0,001$) que pour le profil sexuel vs affectif ($p_{corr} = 0,002$). Aucune différence significative n'est observée entre le profil mixte et dépendance sexuelle ($p_{corr} = 1,000$), suggérant que la composante sexuelle est tout aussi présente dans le profil mixte que dans la dépendance sexuelle exclusive.

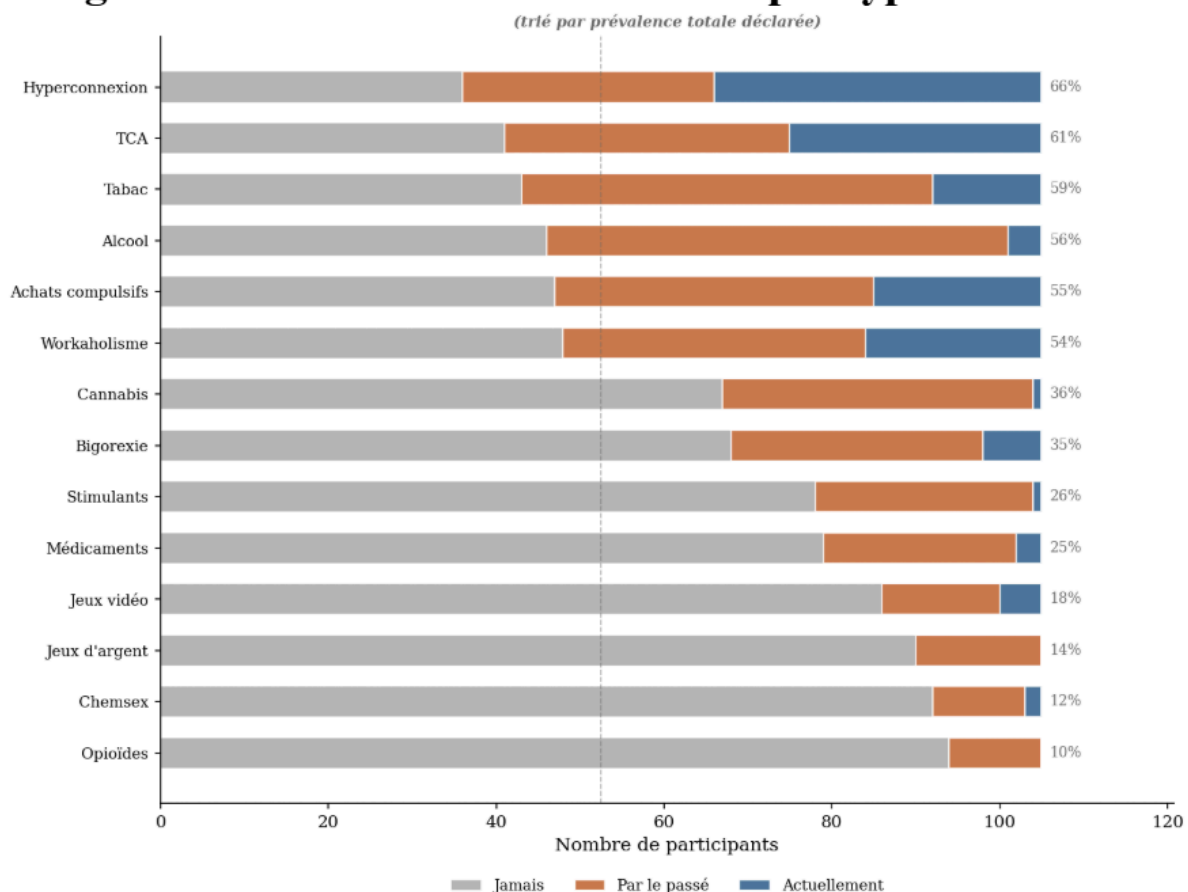
Il convient de souligner que le groupe présentant une dépendance sexuelle exclusive ($n = 7$) reste de taille trop modeste pour permettre des conclusions robustes. Par ailleurs, aucune association significative n'est observée entre le fait d'avoir déclaré une pratique de chemsex et l'obtention d'un score SAST-R ≥ 6 ($\chi^2 = 1,74$, $p = 0,420$). Ce résultat est à interpréter avec prudence compte tenu des faibles effectifs ($n = 2$ actuellement, $n = 11$ par le passé).

Synthèse clinique : La composante sexuelle s'avère transversale au sein de cet échantillon, touchant 89,5 % des répondants. Même les individus s'identifiant à un profil de dépendance affective pure obtiennent un score médian de 8,0, franchissant le seuil clinique fixé à 6,0. Ces données mettent en évidence que la sphère sexuelle est active et problématique même chez les membres qui ne s'en réclament pas comme profil principal.

4.4 Cumul des comorbidités addictives (Poly-addictions)

L'analyse du cumul des dépendances au cours de la vie met en évidence une forte prévalence de poly-addictions au sein de la population étudiée (Figure 12). Les résultats permettent de distinguer deux dynamiques distinctes selon l'intensité globale des troubles déclarés par les participants ($N = 105$).

Figure 12. Perte de contrôle déclarée par type d'addiction



Les poly-addictions majeures (prévalence globale > 50 %)

Six troubles se distinguent en franchissant le seuil critique de la majorité absolue au sein de l'échantillon ($N = 105$):

- **L'hyperconnexion¹⁵** : Elle constitue la comorbidité la plus représentée avec 66 % de prévalence cumulée, et la part de comportements actuellement actifs la plus importante de l'enquête.
Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) : Ils se placent en deuxième position, touchant 61 % de l'échantillon en prévalence cumulée.
- **Le tabac (59 % de prévalence cumulée) et l'alcool (56 % de prévalence cumulée)** : Ces deux usages se caractérisent par une hégémonie de la prévalence passée. Leur prévalence actuelle est quant à elle résiduelle, signalant des conduites largement interrompues au moment de l'enquête.
- **Les achats compulsifs (55 % de prévalence cumulée) et le workaholisme (54 % de prévalence cumulée)** : Ces deux addictions comportementales affichent une répartition plus homogène, combinant de fortes proportions de prévalence passée et de prévalence actuelle.

Les poly-addictions secondaires (prévalence globale < 40 %)

Les autres substances et comportements se distribuent de manière plus diffuse sous la barre des 40 %:

- **Le cannabis (36 % de prévalence cumulée) et la bigorexie (35 % de prévalence cumulée)** : Ils représentent les vulnérabilités intermédiaires les plus notables de l'échantillon, relevant principalement d'une prévalence passée.
- **Les stimulants (26 % de prévalence cumulée) et les médicaments (25 % de prévalence cumulée)** : Ils concernent environ un quart de la population étudiée, s'inscrivant presque exclusivement sous l'angle de la prévalence passée.
- **Les jeux vidéo (18 % de prévalence cumulée) et les jeux d'argent (14 % de prévalence cumulée)** : Ces comportements affichent des taux de prévalence cumulée bas, l'essentiel des scores pour les jeux d'argent relevant d'une prévalence passée.
- **Le chemsex (12 % de prévalence cumulée) et les opioïdes (10 % de prévalence cumulée)** : Ils ferment la marche, enregistrant les taux de prévalence cumulée les plus faibles, portés de manière quasi exclusive par une prévalence passée.

Synthèse clinique : On observe une inversion nette de la nature des troubles selon la période considérée. Le spectre de la prévalence passée est massivement occupé par les substances chimiques (tabac, alcool) et les TCA. À l'inverse, la prévalence actuelle se recentre de manière hégémonique sur les addictions comportementales « sans produit » (hyperconnexion, workaholisme et achats compulsifs). Ce contraste structurel objective graphiquement un déplacement des formes de la perte de contrôle au cours de la trajectoire addictive et de rétablissement des membres de la fraternité.

¹⁵ Sur le plan opérationnel, cet item était formulé dans notre questionnaire comme "Hyperconnexion / réseaux sociaux / écrans", afin de cibler l'usage hors de contrôle des outils numériques.

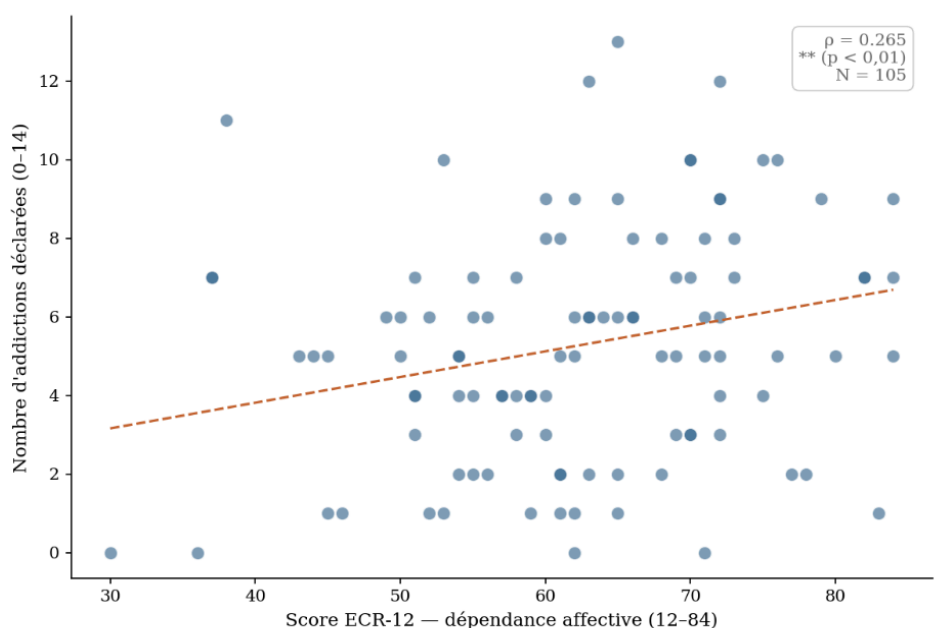
4.4.1 Corrélations entre la sévérité des dépendances spécifiques et l'extension du spectre des comorbidités

Sévérité de la dépendance affective et élargissement du cumul addictif

Afin d'évaluer la dépendance affective sous un angle quantitatif global, un score composite ECR-12 a été calculé (somme des 12 items, score de 12 à 84). Au plus fort du trouble, ce score présente une moyenne $M = 60,9/84$ ($Mdn = 62$; $SD = 11,5$), avec des valeurs individuelles comprises entre 30 et 84 (figure 13). Ce score élevé s'avère cohérent avec la population étudiée, composée de membres engagés au sein de DASA ayant reconnu et travaillé sur leurs schémas d'addiction relationnelle. Les participants déclarent en moyenne $M = 5,3$ addictions sur 14 explorées ($Mdn = 5$; $SD = 3,0$), avec des profils s'étendant de 0 à 13 comorbidités simultanées ou passées.

L'analyse révèle une corrélation positive statistiquement significative entre le score de dépendance affective et le nombre d'addictions déclarées ($\rho = 0,265$; $p = 0,006$) (Figure 13). Bien que modeste en intensité, cette corrélation indique que plus le score de dépendance affective d'un participant est élevé, plus le nombre de comportements addictifs associés au cours de sa vie tend à être important.

Figure 13. Score ECR-12 × Nombre d'addictions déclarées

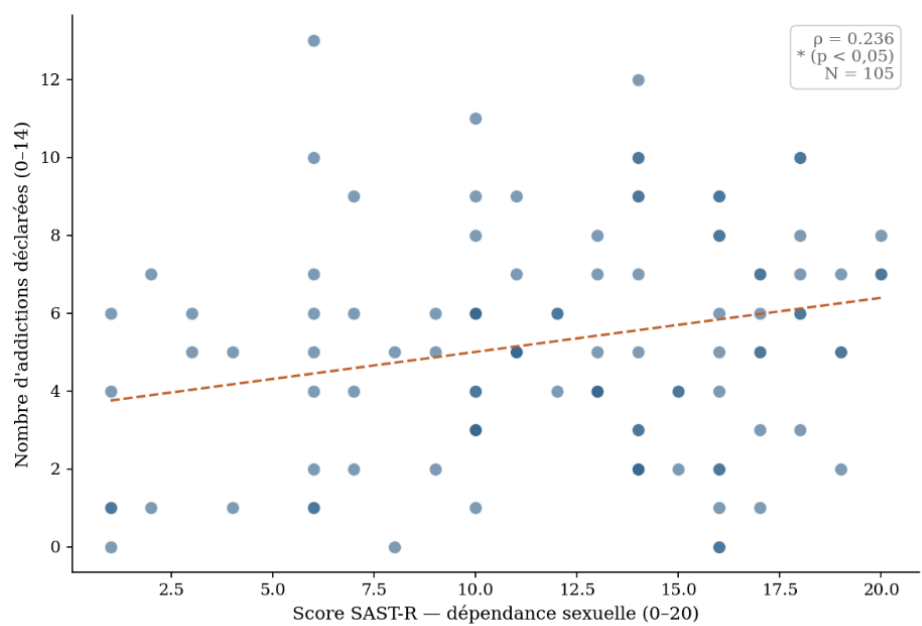


N = 105

Intensité de la compulsivité sexuelle (SAST-R) et diversification des troubles associés

De même, la relation entre la sévérité des comportements sexuels compulsifs et le nombre total d'addictions déclarées au cours de la vie a été explorée (Figure 14). Les analyses statistiques révèlent une corrélation positive statistiquement significative entre le score SAST-R et le cumul des comorbidités addictives ($\rho = 0,236$, $p < 0,05$). Ce résultat indique que l'augmentation de l'intensité de la compulsivité sexuelle évolue de concert avec une plus grande diversité de conduites addictives associées au sein de l'échantillon ($N = 105$).

Figure 14. Score SAST-R × Nombre d'addictions déclarées



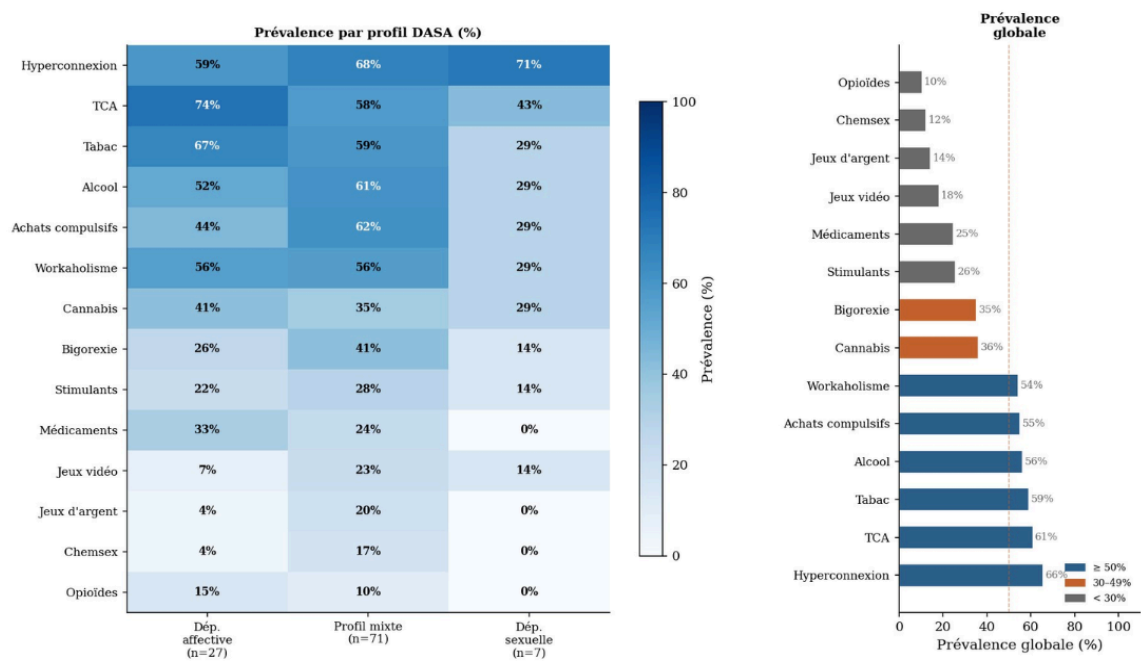
N = 105

Synthèse clinique : Si la sévérité intrinsèque de la pathologie, qu'elle soit affective ou sexuelle, agit comme un catalyseur quantitatif favorisant la multiplication des dépendances croisées, la nature de ces comorbidités n'est pas aléatoire : au-delà du simple cumul, l'analyse révèle que chaque profil clinique déploie une signature poly-addictive spécifique.

4.4.2 Variations des prévalences comorbides selon le profil d'auto-identification DASA

Le croisement des quatorze pertes de contrôle avec le profil d'auto-identification des participants (N = 105) révèle des signatures addictives distinctes selon les groupes.

Figure 15. Prévalence des addictions déclarées par profil DASA



N = 105

L'analyse de la cartographie (Figure 15) permet de dégager trois dynamiques préférentielles :

1. La spécificité somatique et corporelle du profil dépendance affective ($n = 27$)

Les participants s'identifiant exclusivement comme dépendants affectifs se distinguent par un ancrage massif dans les troubles liés au corps et à l'apaisement immédiat :

- Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) : Ils atteignent leur niveau le plus critique au sein de ce groupe, touchant 74 % des sujets (contre 58 % chez les mixtes et 43 % chez les dépendants sexuels).
- Le tabac : Il s'impose également comme une comorbidité majeure à 67 %.
- Les médicaments et les opioïdes : Ce profil présente la plus forte prévalence pour les médicaments (33 %) et les opioïdes (15 %), comparativement aux autres groupes de l'échantillon.

2. La vulnérabilité comportementale généralisée du profil mixte ($n = 71$)

Le profil mixte confirme sa nature de carrefour clinique en affichant une prévalence élevée et diffuse, particulièrement sur le versant des addictions comportementales « sans produit » :

- Les achats compulsifs et la bigorexie : Ils culminent spécifiquement dans ce groupe, atteignant respectivement 62 % et 41 % de prévalence.
- L'alcool : C'est également chez les profils mixtes que la perte de contrôle liée à l'alcool est la plus partagée (61 %).
- Les addictions émergentes ou minoritaires : Le profil mixte détient les taux les plus élevés de l'échantillon pour les jeux vidéo (23 %), les jeux d'argent (20 %) et le chemsex (17 %).

3. Le profil de dépendance sexuelle exclusive ($n = 7$)

Etant donné que ce groupe doit être appréhendé avec une extrême prudence en raison de son faible effectif, les observations se limitent à deux tendances majeures :

- Une forte concentration autour de l'hyperconnexion et des TCA : L'hyperconnexion représente la comorbidité la plus représentée de ce profil, s'élevant à 71 %, suivie par les TCA qui touchent 43 % de ces participants.
- Toutes les autres pertes de contrôle évaluées se maintiennent à un taux égal ou inférieur à 29 % au sein de ce micro-échantillon.

4.5 Comorbidités psychiatriques : évaluation comparative de la détresse anxio-dépressive actuelle (*PHQ-9* et *GAD-7*)

Le *PHQ-9* et le *GAD-7* sont des échelles validées, notamment utilisées dans notre référence comparative nationale (Rouquette et al., 2023). Leurs items, cotés de 0 à 3, génèrent des scores totaux allant de 0 à 27 pour le *PHQ-9* et de 0 à 21 pour le *GAD-7*.

Les seuils cliniques sont les suivants :

- un score *PHQ-9* ≥ 10 indique une dépression modérée à sévère.
- un score *GAD-7* ≥ 10 indique une anxiété modérée à sévère.

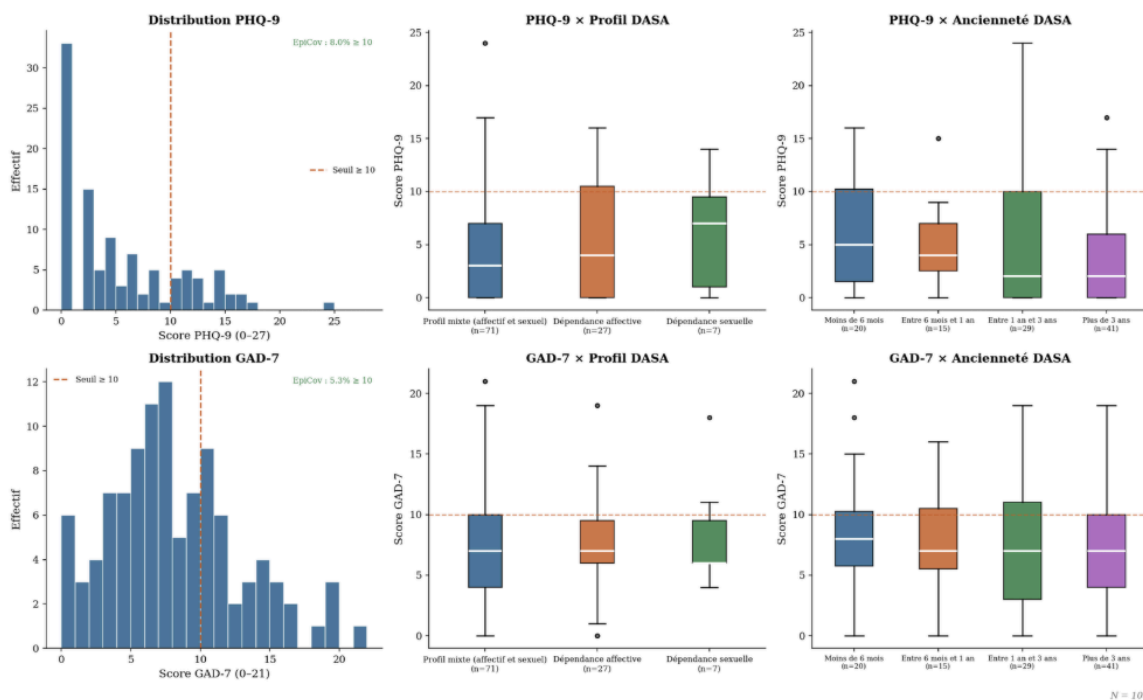
L'utilisation de ces échelles a permis deux niveaux d'analyse : une description de la symptomatologie dépressive et anxieuse actuelle des participants, et une comparaison de la prévalence des symptomatologies cliniquement significatives (scores ≥ 10) aux prévalences nationales, via un test du χ^2 d'ajustement.

4.5.1 Profil de la symptomatologie dépressive et anxieuse actuelle au sein de l'échantillon

On observe sur le versant dépressif (figure 16) un score PHQ-9 moyen de 5,05/27 ($Mdn = 3,0$; $SD = 5,33$), avec 23,8 % des participants ($n = 25$) atteignant le seuil de dépression modérée à sévère (≥ 10). La forte dispersion ($SD = 5,33$) et l'écart entre la moyenne et la médiane indiquent une distribution asymétrique : la majorité des participants présente peu de symptômes dépressifs actuels, tandis qu'une minorité significative est en souffrance active.

Sur le versant anxieux, le score GAD-7 moyen est de 7,68/21 ($Mdn = 7,0$; $SD = 4,75$), avec 32,4 % des participants ($n = 34$) au-dessus du seuil d'anxiété modérée à sévère (≥ 10). L'anxiété est donc plus prévalente et distribuée de manière plus homogène que la dépression au sein de cet échantillon.

Figure 16. Scores PHQ-9 et GAD-7 selon le profil et l'ancienneté DASA



4.5.2 Confrontation aux normes nationales et analyse des sous-groupes

La comparaison avec la population générale française met en évidence une élévation marquée de la symptomatologie anxio-dépressive. Une symptomatologie dépressive cliniquement significative ($PHQ-9 \geq 10$) concerne 23,8 % des participants ($n = 25$), contre 8,0 % en population générale, soit une prévalence trois fois supérieure ($\chi^2(1) = 35,66$; $p < 0,001$; test binomial exact : $p < 0,001$; h de Cohen = 0,45).

L'écart est plus marqué encore pour l'anxiété : une symptomatologie anxieuse cliniquement

significative (GAD-7 ≥ 10) touche 32,4 % de l'échantillon ($n = 34$), contre 5,3 % en population générale, soit une prévalence environ six fois supérieure ($\chi^2(1) = 153,42$; $p < 0,001$; test binomial exact : $p < 0,001$; h de Cohen = 0,75). Cette élévation ne se lit pas dans les scores moyens — la médiane dépressive demeure basse ($Mdn = 3$) — mais dans la part de l'échantillon atteignant le seuil clinique : près d'un participant sur quatre pour la dépression, près d'un sur trois pour l'anxiété. La comparaison est en outre conservatrice, les prévalences de référence (Rouquette et al., 2023) ayant été recueillies en contexte pandémique, période d'élévation symptomatique en population générale.

Par ailleurs, aucune différence significative n'est observée selon le profil d'identification DASA (PHQ-9 : $H = 0,33$; $p = 0,849$; GAD-7 : $H = 0,60$; $p = 0,740$), ni selon l'ancienneté dans DASA (PHQ-9 : $H = 2,16$; $p = 0,540$; GAD-7 : $H = 1,28$; $p = 0,734$). Les symptômes dépressifs et anxieux actuels se distribuent de manière homogène au sein de l'échantillon, quels que soient le profil ou la durée d'engagement des membres.

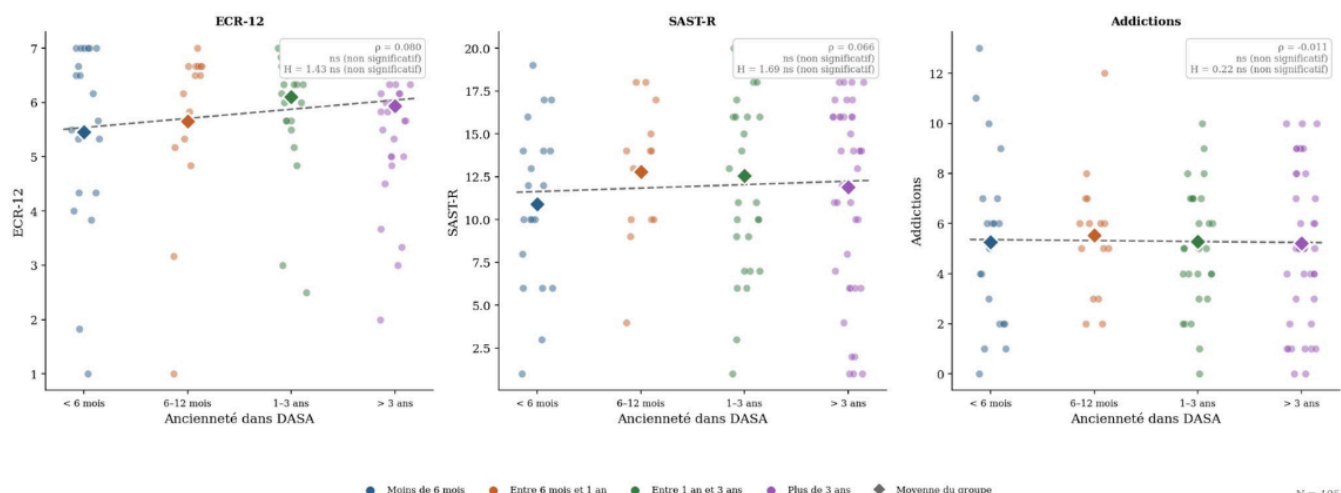
L'absence de différence selon l'ancienneté mérite une interprétation prudente. Cette étude transversale ne permet pas de mesurer une évolution individuelle : elle capture une photographie de la population à un instant T. Cette stabilité des scores ne permet donc pas de conclure à un effet direct du programme sur la réduction des manifestations anxio-dépressives. Ce constat met en exergue les limites des approches purement symptomatologiques et souligne l'intérêt d'examiner le capital de rétablissement (BARC-10) comme un indicateur complémentaire, potentiellement plus sensible aux bénéfices de la pair-aidance que la simple évaluation des symptômes psychiatriques actuels.

4.6 Dynamique du rétablissement par la pair-aidance : différence de capital psychosocial et intégration identitaire

4.6.1 Ligne de base historique : homogénéité de la sévérité initiale des troubles entre les groupes d'ancienneté

Pour assurer de la validité des comparaisons ultérieures et vérifier que les quatre groupes d'ancienneté présentaient un profil clinique similaire avant de commencer le programme, les scores évaluant la situation au plus fort du trouble ont été comparés (Figure 17).

Figure 17. Évolution de la dépendance selon l'ancienneté dans DASA



Les analyses de Kruskal-Wallis confirment l'absence de différence statistiquement significative entre les groupes pour l'ensemble des dimensions historiques évaluées :

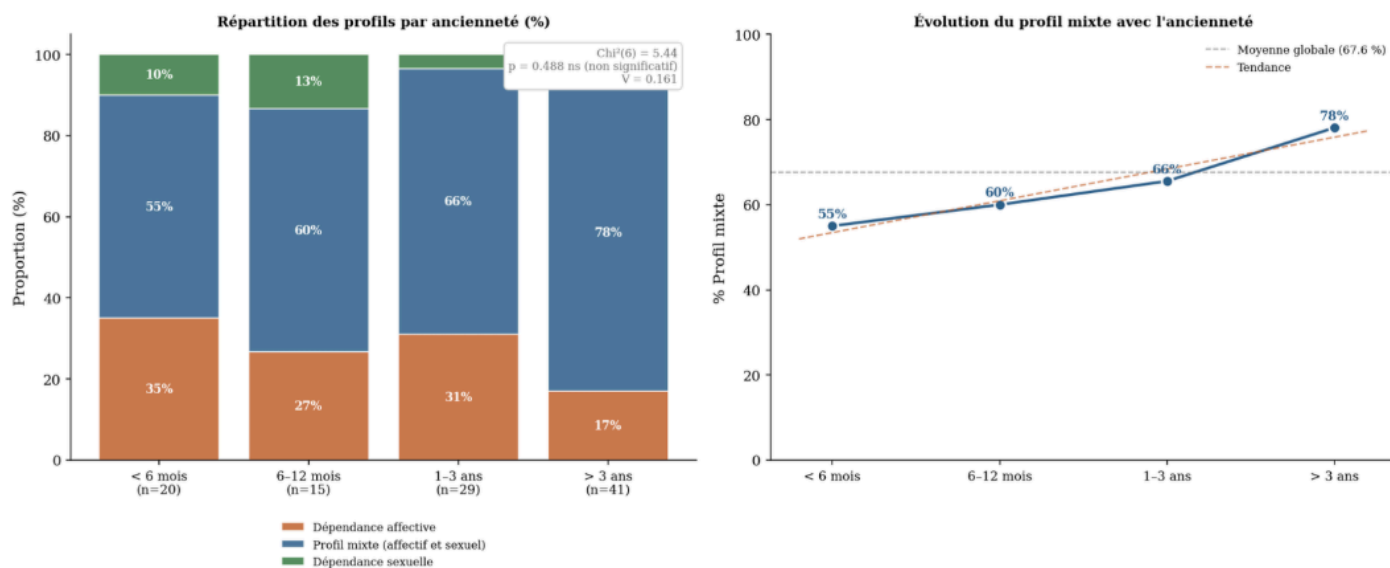
- **Dépendance affective initiale (Score ECR-12) :** Le niveau de dépendance relationnelle déclaré au plus fort du trouble est tout à fait comparable d'un groupe d'ancienneté à l'autre ($H = 0,50$; $p = 0,919$).
- **Dépendance sexuelle initiale (Score SAST-R) :** L'intensité de la compulsivité sexuelle vécue avant le parcours DASA ne présente aucune variation significative ($H = 1,05$; $p = 0,789$).
- **Nombre total d'addictions au cours de la vie :** Statistiquement, aucune évolution ni tendance n'est observée ; le cumul des comorbidités déclarées à l'arrivée reste similaire quel que soit le recul actuel des membres ($H = 1,14$; $p = 0,768$).

La répartition des nuages de points et la trajectoire des moyennes de groupes affichent une ligne de tendance quasi horizontale. Ces observations soutiennent la comparabilité méthodologique de l'échantillon, en suggérant que les participants ayant plusieurs années d'ancienneté rapportent rétrospectivement un niveau de sévérité initiale et un profil de poly-addictions comparables à ceux des membres plus récents. Toutefois, il convient de nuancer cette homogénéité : reposant exclusivement sur des données auto-évaluées de manière rétrospective, elle pourrait pour partie refléter un biais de reconstruction narrative (*recall bias*). Il convient en outre de noter que si la sévérité symptomatique initiale (ECR-12, SAST-R) est comparable entre les groupes, le capital de rétablissement de départ, lui, n'a pas été mesuré : l'écart de BARC-10 observé selon l'ancienneté pourrait donc refléter, au moins partiellement, des ressources psychosociales préexistantes. Par conséquent, cette ligne de base historique constitue un indicateur de comparabilité clinique pertinent, mais dont la validation demeure partielle en l'absence de recueil longitudinal prospectif.

4.6.2 Évolution des profils d'auto-identification : une globalisation de la conscience du trouble avec le temps

Le test du χ^2 ne révèle pas d'association significative entre l'ancienneté et le profil d'identification ($\chi^2(6) = 5,44$; $p = 0,488$; $V = 0,161$). Ce résultat est à interpréter avec prudence en raison de la faible représentation de certains profils selon l'ancienneté.

Figure 18. Évolution du profil d'identification selon l'ancienneté dans DASA



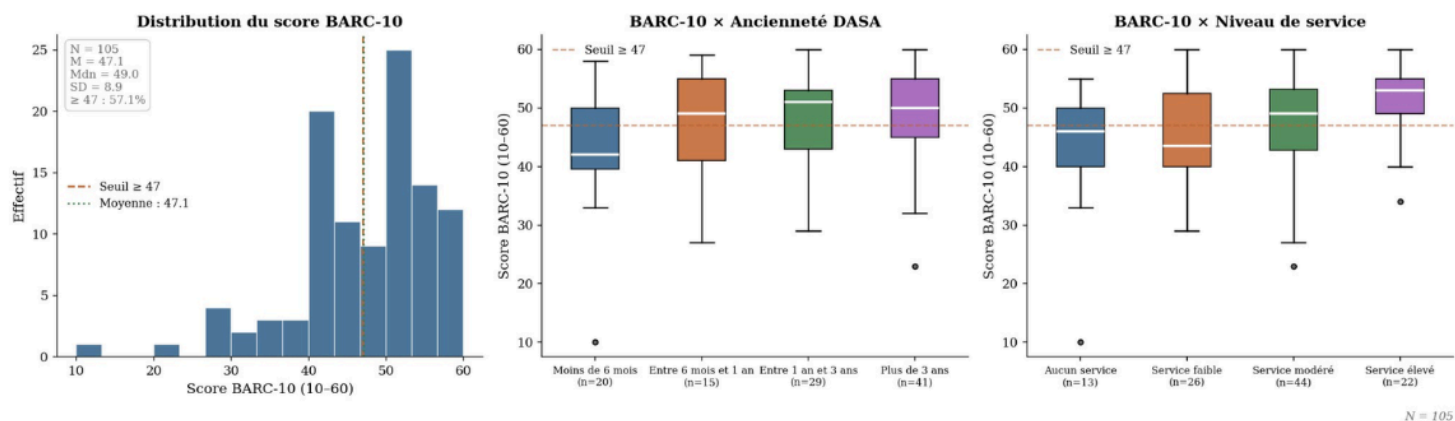
N = 105

Néanmoins, une tendance claire s'observe (Figure 18) : la proportion de participants s'identifiant au profil mixte augmente avec l'ancienneté, passant de 55 % pour les membres inscrits depuis moins de 6 mois à 78 % pour ceux ayant plus de 3 ans de participation.

4.6.3 Capital de rétablissement (BARC-10) : différences observées selon l'ancienneté et l'engagement dans le service

Afin de mesurer l'effet du programme DASA, l'hypothèse testée était que le capital de rétablissement présente des niveaux significativement plus élevés chez les sous-groupes justifiant d'une ancienneté importante et d'un engagement actif, ce qui constituerait un argument empirique soutenant la pertinence de ce dispositif de pair-aidance.

Figure 19. Score BARC-10 selon l'ancienneté et l'implication dans le service



Contrairement aux scores de détresse psychiatrique (*PHQ-9* et *GAD-7*) qui restaient stables, le capital de rétablissement apparaît directement influencé par la pratique du programme DASA. Sur l'ensemble de l'échantillon (Figure 19), le score BARC-10 moyen est de 47,1/60 (*Mdn* = 49,0 ; *SD* = 8,9 ; étendue : 10–60). Au total, 57,1 % des participants (*n* = 60) atteignent ou dépassent le seuil critique de 47.

Afin d'identifier les facteurs associés à ce niveau de ressources psychosociales, les scores ont été désagrégés selon les caractéristiques d'engagement des membres. Cette analyse révèle que ce capital s'avère lié à l'ancienneté dans la fraternité.

Une accumulation significative du capital de rétablissement au-delà de 3 ans

Une différence statistiquement significative est observée pour le score BARC-10 selon l'ancienneté ($H = 7,86$; $p = 0,049$). Néanmoins, la valeur p s'établissant à l'extrême limite du seuil conventionnel de significativité (0,05), ce résultat doit être interprété avec prudence. La comparaison par paire révèle que les participants présents depuis plus de 3 ans présentent un capital de rétablissement significativement plus élevé que ceux présents depuis moins de 6 mois (*Mdn* = 50,0 vs 42,0 ; $p_{\text{corr}} = 0,034$).

Aucune autre différence par paire n'atteint le seuil de significativité après correction de Bonferroni¹⁶. Ce résultat suggère un effet progressif de l'engagement dans DASA sur l'accumulation du capital de rétablissement, qui devient perceptible sur le long terme.

¹⁶ Lorsque plusieurs comparaisons par paires sont effectuées simultanément après un test de Kruskal-Wallis significatif, le risque de trouver un résultat significatif par hasard augmente avec le nombre de comparaisons. La correction de Bonferroni pallie ce problème en divisant le seuil de significativité ($\alpha = 0,05$) par le nombre de comparaisons effectuées. Cette correction réduit le risque de faux positifs.

L'implication active dans le service comme prédicteur majeur d'un capital élevé

Une différence significative est également observée selon le niveau d'implication dans le service ($H = 11,26$; $p = 0,010$). Les participants engagés dans un niveau de service élevé présentent les scores les plus hauts ($Mdn = 53,0$), significativement supérieurs à ceux rapportant un service faible ($p_{corr} = 0,041$) et à ceux n'exerçant aucun service ($p_{corr} = 0,039$). L'implication dans les tâches de service est donc étroitement associée à un capital de rétablissement plus important.

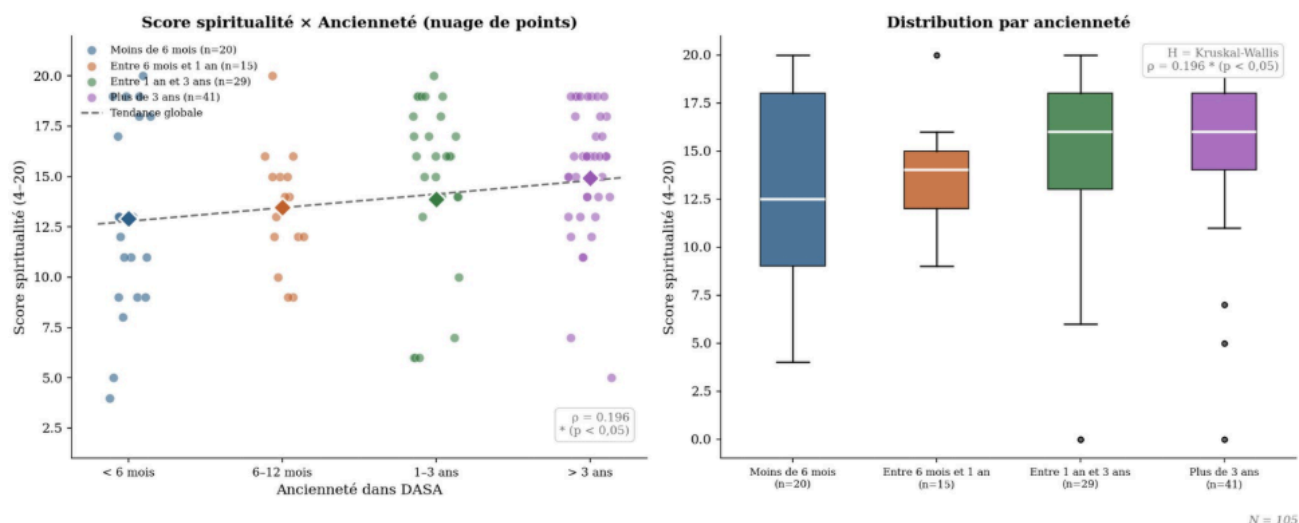
Le BARC-10 apparaît ainsi comme un indicateur plus sensible aux bénéfices du programme DASA que les échelles symptomatologiques classiques, présentant une dimension de croissance personnelle et de ressources que le PHQ-9 et le GAD-7 ne mesurent pas. Ces résultats sont à interpréter avec prudence compte tenu du design transversal de l'étude. L'association observée entre l'ancienneté, l'implication dans le service et le capital de rétablissement ne permet pas de conclure formellement à une causalité.

4.6.4 Évaluation de la dimension spirituelle : une association positive et significative au fil de l'ancienneté

Le programme DASA postule explicitement qu'un éveil spirituel constitue le résultat attendu du travail de rétablissement : « Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message aux autres dépendants affectifs et sexuels » (Douzième Étape de DASA). Cette dimension spirituelle ne doit pas être entendue au sens religieux ou dogmatique du terme, mais comme un ancrage identitaire laïc : un sentiment de connexion au monde et aux autres, une capacité à trouver un sens à son existence, une paix intérieure progressive et un rapport renouvelé à l'espoir. C'est précisément ce que la littérature contemporaine en addictologie désigne sous le terme de *meaning-making* (la reconstruction d'un sens à sa vie comme moteur du changement durable).

Si le programme DASA favorise un éveil spirituel progressif, la dimension spirituelle des participants devrait augmenter avec l'ancienneté, les membres les plus anciens présentant des scores spirituels plus élevés que les nouveaux arrivants.

Figure 20. Dimension spirituelle selon l'ancienneté dans DASA



La dimension spirituelle a été mesurée à l'aide d'une sous-échelle *ad hoc* de 4 items, extraite du questionnaire WHOQOL-SRPB de l'OMS.

Cette sélection cible spécifiquement la dimension fonctionnelle des croyances : la connexion spirituelle au monde, le sens donné à l'existence, la force mobilisée face aux difficultés, et le réconfort tiré de la foi. Cotés de 1 (« Pas du tout ») à 5 (« Totalelement »), ces items génèrent un score total allant de 4 à 20.

Sur le plan descriptif, le score moyen global de l'échantillon est de 14,0/20 ($Mdn = 15,0$; $SD = 4,6$; étendue observée : 4–20), indiquant un niveau modéré à bon de ressources spirituelles au sein de la population étudiée.

Les moyennes par groupe d'ancienneté suivent une progression linéaire cohérente avec l'hypothèse formulée : 12,9 chez les participants présents depuis moins de 6 mois, 13,5 entre 6 mois et 1 an, 13,9 entre 1 et 3 ans, et 14,9 chez les membres présents depuis plus de 3 ans (Figure 20).

Sur le plan inférentiel, la corrélation de Spearman (ρ) appliquée sur le score continu s'avère positive et statistiquement significative ($\rho = 0,196$; $p = 0,045$), confirmant l'existence d'une association entre le temps passé au sein de la fraternité et l'importance de la dimension spirituelle. En revanche, le test de Kruskal-Wallis, qui évalue globalement les écarts entre les quatre groupes pris individuellement, ne montre pas de différence statistiquement discernable du hasard ($H = 4,85$; $p = 0,183$). Cette apparente discordance inférentielle s'explique par la nature mathématique des tests employés. La transformation d'une variable continue (le temps) en catégories entraîne mécaniquement une perte de puissance statistique. Le test de Kruskal-Wallis s'avère donc logiquement sous-puissant pour détecter des « paliers » significatifs lorsque l'association globale est d'intensité modérée ($\rho = 0,196$).

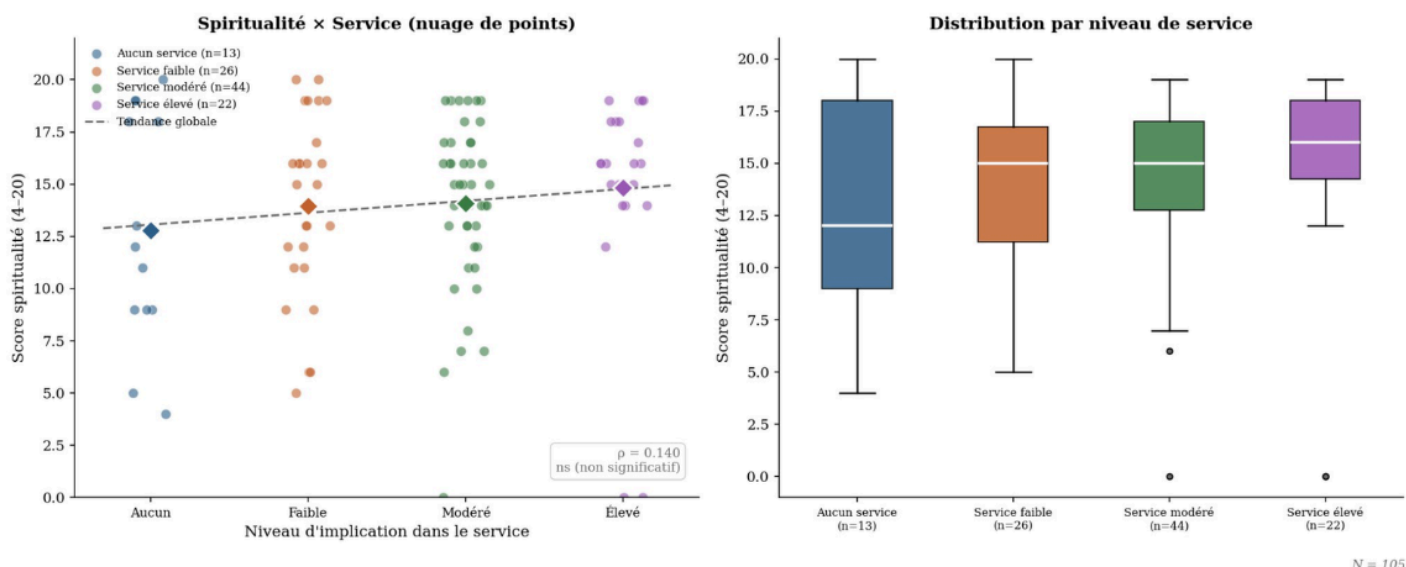
Ces résultats apportent donc un soutien partiel à l'hypothèse d'un éveil spirituel progressif. La tendance descriptive est régulière, et la corrélation globale atteint le seuil de significativité statistique conventionnel ($p < 0,05$). Néanmoins, la proximité de la valeur p avec ce seuil ($p = 0,045$) et la faible intensité de l'association imposent une interprétation mesurée. Une étude ultérieure sur un échantillon plus large, permettrait de tester cette dynamique avec une puissance statistique accrue.

4.6.5 L'impact de l'engagement dans le service sur la dimension spirituelle : une absence d'association statistique

L'implication dans le service a été explorée comme un autre vecteur potentiel de croissance spirituelle au sein de la fraternité. Le score d'implication a été construit à partir des 5 niveaux de service explorés dans le questionnaire : engagement au sein d'un groupe DASA sans condition de durée, engagement local durable, implication dans un comité de service régional, au sein de l'assemblée des services nationaux (ASN), ou encore au sein de l'Association nationale DASA France. Chaque niveau a été coté selon trois modalités : Jamais (0), Par le passé (1) ou Actuellement (2). Le score total continu varie ainsi de 0 (aucun service jamais) à 10 (implication maximale actuelle), et a été catégorisé en quatre niveaux : Aucun service, Service faible, Service modéré et Service élevé.

Sur le plan descriptif, la répartition des nuages de points et la distribution par boîtes à moustaches (Figure 21) montrent une légère progression linéaire des moyennes : le score spirituel moyen s'élève à 12,8/20 pour les participants sans aucun service, 14,0 pour le service faible, 14,1 pour le service modéré et 14,8 pour le service élevé.

Figure 21. Dimension spirituelle selon l'implication dans le service



Cependant, les analyses inférentielles indiquent que ces écarts ne sont pas statistiquement significatifs. Le test de Kruskal-Wallis ne révèle aucune différence significative entre les quatre groupes de service ($H = 2,49$; $p = 0,477$). De même, le coefficient de corrélation de Spearman appliqué sur le score continu confirme l'absence de liaison statistique significative entre l'intensité de l'engagement dans le service et le niveau de spiritualité laïque ($\rho = 0,140$; $p = 0,156$).

Synthèse clinique : Si les différents groupes présentent une sévérité initiale de dépendance historique équivalente, validant la comparabilité de la cohorte, les participants bénéficiant de plus de trois ans d'ancienneté affichent un score de capital de rétablissement (BARC-10) significativement supérieur à celui des nouveaux arrivants. Cette accumulation de ressources psychosociales est par ailleurs majoritairement observée chez les sujets s'engageant activement dans le programme DASA (le service), qui présentent les scores les plus élevés. Enfin, la dimension spirituelle laïque (*meaning-making*) tend à se consolider avec le temps passé dans la fraternité, soutenant l'hypothèse clinique d'un « éveil spirituel » progressif inhérent à la pratique continue des 12 étapes.

5. Discussions : De l'étiologie traumatique au rétablissement par les pairs

5.1 Inscription des résultats dans le modèle I-PACE

Notre approche méthodologique s'inscrit résolument dans le modèle intégratif I-PACE (*Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution*) théorisé par Brand et al. (2019). Ce modèle postule que l'addiction comportementale est le résultat d'une interaction dynamique et cumulative entre des prédispositions individuelles et des mécanismes d'adaptation défaillants.

Dans le cadre de notre étude portant sur les membres de la fraternité DASA en France, les vulnérabilités fondamentales de la **Personne (P)** sont fidèlement objectivées par nos mesures des traumatismes infantiles (score ACE) et de la précarité sociale rétrospective (score EPICES). Le modèle I-PACE explique que, lorsqu'il est réactivé par des déclencheurs internes ou environnementaux, ce terreau de vulnérabilité génère une détresse **Affective (A)** massive. C'est cette dysrégulation émotionnelle aiguë que nous quantifions à travers les scores de dépression (*PHQ-9*), d'anxiété généralisée (*GAD-7*) et d'insécurité de l'attachement adulte (*ECR-12*), ce dernier nous servant ici à objectiver la sévérité de la dépendance affective.

Face à l'impossibilité de tolérer un tel afflux d'affects négatifs, l'individu déploie des stratégies **Cognitives (C)** de compensation dysfonctionnelles et subit une altération de ses fonctions **Exécutives (E)**. Il recourt alors à la compulsion comme mécanisme de survie et d'anesthésie psychique, qu'elle prenne une forme relationnelle ou sexuelle. L'intensité de cette perte de contrôle comportemental est évaluée dans notre dispositif par le SAST-R et l'ECR-12. Ainsi, notre sélection d'outils ne vise pas à juxtaposer des comorbidités isolées, mais à mesurer avec précision chaque maillon de cette chaîne afin de démontrer la nature biopsychosociale et psychotraumatique des addictions sexuelles et relationnelles.

5.2 L'impact des traumatismes infantiles sur le développement des addictions

Le modèle biopsychosocial ne postule pas une égalité mathématique de ses trois facteurs, mais une interaction constante. Chez notre population DASA, nos résultats suggèrent que les facteurs environnementaux et psychotraumatiques subis durant l'enfance pèsent le plus lourd à l'origine du trouble, et finiraient par altérer la biologie de la récompense (le *craving*) étudiée en addictologie.

L'analyse descriptive du score ACE (*Adverse Childhood Experiences*) place le psychotrauma comme le premier déterminant de la trajectoire addictive. Avec un score ACE moyen de 4,51/10 et une proportion alarmante de 64,8 % de participants se situant au-dessus du seuil clinique critique de 4, la population DASA affiche une défaillance structurelle de son environnement initial. En comparaison, la population générale française documentée par la cohorte CONSTANCES ne présente que 18,6 % d'individus exposés à un tel niveau d'adversité précoce. En population générale, la cohorte CONSTANCES rapporte 21,6 % de femmes et 15,5 % d'hommes exposés à une telle accumulation d'adversité.

L'analyse item par item du score ACE révèle d'importants écarts statistiques entre les participants de l'étude et la population nationale. Le taux de violences psychologiques subies dans l'enfance atteint ainsi **73,1 %** chez les membres DASA, contre seulement 23,8 % en population générale. Plus marquant encore, les abus sexuels concernent **41,3 %** de notre échantillon, soit un taux près de trois fois supérieur à la norme nationale de 11,5 %.

Ces résultats corroborent la littérature contemporaine sur le psycho-trauma, notamment les travaux de Salmona (2015) et de Denis et al. (2020). Ces auteurs démontrent que l'exposition précoce à des effractions psychiques et physiques majeures fige une mémoire traumatique au sein de l'amygdale cérébrale. À l'âge adulte, cette mémoire ne s'efface pas : elle fonctionne comme un système d'alarme permanent qui sature le quotidien du sujet sous forme de reviviscences et d'une dérégulation émotionnelle extrême. Ce bruit de fond traumatique éclaire l'hyper-anxiété mesurée chez les participants DASA, semblant confirmer que leur détresse actuelle trouve sa source dans ces blessures initiales.

Comme le décrit le modèle I-PACE, face à des violences ou des négligences émotionnelles massives (**64,4 % vs 14,8 %** en population générale), le cerveau de l'enfant subit un stress chronique, altérant physiquement le système de réponse au stress et le circuit de la récompense, atrophiant les capacités intrinsèques de régulation des affects. À l'âge adulte, face au retour de la mémoire traumatique logée dans l'amygdale, l'individu déploie une cognition de survie. Faute d'avoir intégré un sentiment de sécurité interne, son cerveau perçoit une angoisse intolérable.

L'addiction sexuelle ou le sur-attachement relationnel compulsif n'apparaissent alors plus comme de simples comportements compulsifs, mais comme des tentatives désespérées de maîtrise de la souffrance et d'anesthésie émotionnelle. C'est ici que la perte de contrôle prend tout son sens en tant que « **conduite dissociante** » théorisé par Nathalie Duriez (2016). Le passage à l'acte ou l'emprise affective agissent comme un interrupteur émotif : ils déclenchent un état de dissociation psychique et une anesthésie émotionnelle protectrice. La perte de contrôle s'impose ainsi comme un mécanisme de défense post-traumatique, où consommer le sexe ou l'autre devient la seule stratégie trouvée par le cerveau pour éteindre un « incendie émotionnel » intolérable (modèle I-PACE).

5.3 La transversalité des compulsions

Nos résultats révèlent une élévation marquée des deux versants de la détresse psychologique actuelle, avec une prédominance nette du versant anxieux. La symptomatologie dépressive cliniquement significative (PHQ-9 ≥ 10) concerne 23,8 % des participants, soit une prévalence trois fois supérieure à celle de la population générale française issue de l'enquête EpiCov (8,0 % ; Rouquette et al., 2023). L'anxiété cliniquement significative (GAD-7 ≥ 10) est plus fréquente encore : elle touche près d'un tiers de l'échantillon (32,4 %), soit une prévalence environ six fois supérieure à la population générale (5,3 %). Cette détresse, particulièrement intense sur le versant anxieux, s'observe indépendamment du profil ou de l'ancienneté des membres.

Cette vulnérabilité anxieuse généralisée actuelle pourrait s'éclairer à la lumière de la sévérité de l'anxiété d'abandon, documentée par l'échelle ECR-12. Bien que l'ECR-12 capture ici une dimension rétrospective, évaluée au plus fort de la trajectoire pathologique des membres, et

que le GAD-7 mesure une détresse symptomatique des 14 derniers jours avant l'étude, la persistance d'un bruit de fond anxieux surélevé en population DASA invite à questionner la rémanence de ces schémas d'attachement insécurisants.

Ce score d'anxiété d'abandon, quasi maximal sur l'ensemble de l'échantillon ($M = 5,85/7$), culminant chez les sujets s'identifiant au profil de dépendance affective pure ($Mdn = 6,5$) et au profil mixte ($Mdn = 6,3$), témoigne de l'intensité des schémas de sur-attachement qui ont historiquement structuré la relation à l'autre.

Il convient toutefois de souligner que ces données, recueillies de manière rétrospective, doivent être interprétées au regard des mécanismes de reconstruction narrative propres aux sujets en rétablissement. Si ces scores quasi maximaux témoignent de la représentation psychologique contemporaine de la sévérité de leur pathologie active, ils constituent le point d'ancrage indispensable pour comprendre l'intensité des cycles compulsifs analysés ci-après.

Cette insécurité structurelle du lien génère une tension psychique ininterrompue, un état d'alerte permanent qui alimente le cycle de la dépendance. Ces résultats apportent une validation empirique à la perspective de Déborah Ducasse et Véronique Brand-Arpon (2019, 2021) visant à requalifier le trouble de la personnalité borderline en véritable « addiction relationnelle ». L'autre y est investi comme une « dose » relationnelle vitale, destinée à pallier un vide narcissique abyssal issu des négligences de l'enfance. Le besoin de réassurance s'apparente à un *craving*, et la simple distance perçue chez le partenaire déclenche une angoisse de sevrage intolérable, que le sujet tente d'éteindre par des comportements d'accrochage destructeurs. La dépendance affective objective ainsi une pathologie de l'emprise relationnelle où la souffrance, si elle comporte une composante dépressive substantielle, s'exprime avant tout sur un mode dérégulé et éperdu (anxieux), dominé par l'angoisse du lien.

5.3.1 L'analyse fine de l'attachement (ECR-12) selon les profils

L'analyse de la dimension de l'évitement au sein de l'ECR-12 permet d'identifier trois dynamiques distinctes :

La dépendance sexuelle comme stratégie d'évitement de l'intimité: L'élévation majeure du score d'évitement chez les dépendants sexuels exclusifs (médiane $\approx 5,3$) confirme la fonction psycho-dynamique de cette compulsion. Comme le postule Carnes (1991), le comportement sexuel compulsif n'est pas une quête de relation, mais une tentative d'anesthésie émotionnelle qui fait office de « **prothèse psychique** » évitante (Fierdepied et al. 2014). Le sexe désincarné ou ritualisé permet de réguler les affects douloureux issus des traumatismes tout en maintenant autrui à une distance de sécurité, neutralisant ainsi le risque perçu de la vulnérabilité relationnelle.

Le profil mixte et le piège de l'attachement craintif-évitant : L'intrication, chez les profils mixtes, d'une anxiété d'abandon critique (médiane $= 6,3$) et d'un évitement de l'intimité prononcé (médiane $\approx 4,5$) objective la prévalence d'un style d'attachement craintif-évitant (ou désorganisé). Ces sujets sont captifs d'un paradoxe relationnel continu : un besoin viscéral de l'autre pour apaiser l'angoisse de sevrage (hyper-activation de l'attachement), contrecarré par une peur profonde de la proximité, perçue comme potentiellement dangereuse ou intrusive. Cette ambivalence explique le mouvement de balancier, oscillant entre la compulsion fusionnelle et l'anorexie affective ou sexuelle.

La nuance du profil dépendant affectif pur : Enfin, le fait que les dépendants affectifs purs maintiennent un score d'évitement (médiane $\approx 3,5$) supérieur aux normes de la population générale indique que leur quête de proximité ne traduit pas une capacité d'intimité sécurisante.

Au contraire, ce résultat suggère que le fonctionnement relationnel s'opère sur un mode défensif : l'intimité authentique et bidirectionnelle effraye, et le sujet lui préfère une illusion de fusion pour saturer son espace mental et se prémunir contre l'angoisse d'abandon.

L'anxiété d'abandon est donc le moteur commun qui pousse les sujets à franchir la porte de DASA, mais l'évitement de l'intimité est le curseur clinique qui détermine la forme de leur *acting-out* (le sexe pour fuir, la relation pour s'agripper, ou un mélange des deux). En objectivant la dépendance affective à travers le prisme de l'attachement, l'ECR-12 démontre que l'addiction relationnelle repose sur une insécurité de type anxieux-ambivalent. Ces constatations empiriques s'articulent avec les modélisations antérieures d'Ahmadi et al. (2013). En démontrant que le style d'attachement anxieux-ambivalent constitue l'unique prédicteur statistique significatif de « l'amour obsessionnel », ces auteurs éclairent le cœur dynamique de notre échantillon. L'inquiétude constante face à la pérennité du lien, la peur viscérale de la séparation, du rejet ou de la trahison, ainsi que le sur-attachement compulsif mesurés chez les membres DASA s'inscrivent précisément dans la trajectoire clinique modélisée par cette étude. En conclusion, la convergence entre la sévérité de nos scores et ces données antérieures vient légitimer notre protocole : il prouve que l'ECR-12 est un outil très sensible pour mesurer les mécanismes d'emprise relationnelle.

5.3.2 L'addiction sexuelle (SAST-R) : un dénominateur commun transversal

La transversalité massive de la composante sexuelle au sein de notre échantillon, avec 89,5 % des participants franchissant le seuil clinique de compulsivité même chez les membres s'identifiant au profil de « dépendance affective pure ». Ce constat empirique vient valider un postulat de la méthodologie DASA : la dépendance affective et la compulsivité sexuelle ne sont pas des entités cliniques hermétiques, mais partagent une même racine dynamique.

Cette transversalité bouscule le biais de genre qui, comme le note Sussman (2010), cantonnait historiquement les femmes à la seule dépendance relationnelle. Pourtant, la vaste enquête internationale menée par Bøthe et al. (2023) objectivant une prévalence de 2,42 % chez les femmes à l'échelle mondiale, ainsi que les données de la F2RSM Psy (Toneguzzo et al., 2026) révélant un taux de 4,3 % en soins primaires, prouvent que l'addiction sexuelle féminine est une réalité clinique sous-estimée. En levant la barrière institutionnelle de la honte, l'espace horizontal d'entraide révèle que ce versant sexuel agit puissamment, quand bien même il n'est pas initialement pointé comme le trouble principal du sujet.

Ce constat empirique permet d'apporter un éclairage critique au débat international. L'Organisation Mondiale de la Santé a fait le choix, au sein de la CIM-11, de classer le « Trouble du comportement sexuel compulsif » (TCSC) parmi les troubles du contrôle des impulsions plutôt que comme une addiction formelle, en raison d'un principe de prudence (Kraus et al., 2018). Pourtant, la transversalité du SAST-R observée dans notre échantillon et son association constante avec d'autres dépendances cliniques plaident pour une relecture addictologique. On peut émettre l'hypothèse que cette intrication s'appuie sur la distinction neurobiologique de Mechelmans et al. (2014) entre les processus de *wanting* (désir compulsif) et de *liking* (plaisir consommé). Exposé à un bruit de fond anxieux et traumatique surélevé, le cerveau de ces participants s'est trouvé captif d'un automatisme attentionnel où le stimulus sexuel ou relationnel acquiert une saillance incitative.

L'*acting-out* sexuel ou le sur-attachement ne sont pas investis pour le plaisir qu'ils procurent, mais par un besoin irrépressible d'apaisement, en lien direct avec les altérations frontales de la substance blanche documentées par Miner et al. (2009).

Sur le plan de la trajectoire clinique des sujets, cette imbrication met en lumière un double processus de conscientisation au fil du parcours de rétablissement au sein de la fraternité :

- D'une part, les profils s'identifiant initialement comme dépendants affectifs réalisent, par l'auto-examen, que leurs comportements sexuels compulsifs ont pu servir de prolongements ou de prothèses à leur dépendance relationnelle, agissant comme une recherche éperdue de validation et de réassurance face à l'angoisse d'abandon.
- D'autre part, les dépendants sexuels découvrent en interrogeant la répétition de leurs passages à l'acte que celle-ci est ancrée dans des causes profondément émotionnelles, affectives et une insécurité relationnelle.

Cette intrication confirme que l'objet de la compulsion (le sexe ou l'autre) importe moins que la fonction sous-jacente de régulation de la détresse psychique (Valleur et Matysiak 2006). Qu'il s'agisse du partenaire ou du comportement sexuel, l'objet n'est qu'un symptôme interchangeable servant de mécanisme d'adaptation pour anesthésier une souffrance.

5.4 Mosaïque des poly-addictions et mécanismes de transfert

L'analyse descriptive des quatorze pertes de contrôle explorées au cours de la vie des participants apporte une illustration empirique des poly-addictions. Avec une moyenne particulièrement élevée de **5,3 addictions déclarées par sujet** (médiane = 5 ; écart-type = 3,0), la poly-addiction constitue la norme partagée des membres DASA dans leur trajectoire.

Ces données confirment le « *Syndrome Model of Addiction* » (Shaffer et al., 2004) postulant qu'il n'existe qu'une seule et unique maladie addictive, un syndrome fondamental, qui déploie des expressions symptomatiques multiples, simultanées ou successives au cours de l'existence. Plutôt que de diagnostiquer des pathologies distinctes et artificiellement juxtaposées, Shaffer et ses collaborateurs invitent à identifier un tronc commun, alimenté par des antécédents de vulnérabilité partagés. Notre étude en apporte une démonstration empirique directe : cette vulnérabilité de fond prend sa source dans un terreau psychotraumatique infantile massif (score ACE moyen de 4,51/10). Sous ce prisme, le sujet souffre en réalité d'une **vulnérabilité globale à la dysrégulation émotionnelle et cognitive**, qui change simplement de visage au fil de sa vie. L'étude de Biolcati et al. (2025) vient solidifier cette thèse en établissant que le manque de compétences émotionnelles (intelligence émotionnelle) est le prédicteur transversal majeur de cette mosaïque d'addictions comportementales.

5.4.1 Le phénomène de transfert de dépendance (cross-addiction)

Le résultat le plus remarquable de cette section réside dans le glissement de la dynamique temporelle entre la prévalence passée et la prévalence actuelle des co-addictions, dessinant une ligne de partage des eaux : les substances psychoactives comme l'alcool (56 % de prévalence cumulée) et le tabac (59 %), ou les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA, 61 %), dominant massivement l'histoire passée des sujets mais s'effondrent au moment de l'enquête. Ce constat témoigne de l'efficacité de l'arrêt des conduites destructrices primaires, souvent initié par l'entrée dans d'autres fraternités d'entraide (Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes, Outremangeurs Anonymes) ou par l'amélioration de l'hygiène de vie.

Ce transfert de dépendance résonne avec les constats de cross-addiction décrits tant par Cook (1987) que par Carnes (1991), qui observait que 28 % de dépendants sexuels souffraient aussi de dépendance au travail et 26 % d'achats compulsifs.

Nos résultats corroborent ces observations, mais en amplifient nettement les proportions (respectivement 54 % et 55 % de prévalence cumulée dans notre échantillon).

5.4.2 La fonction psycho-dynamique des addictions socialement valorisées

Lorsque le membre suspend ses *actings* les plus destructeurs (alcool, substances ou compulsions aiguës), l'anxiété de fond (score GAD-7 à 7,68) et la vulnérabilité neurobiologique demeurent actives.

Notre échantillon démontre une persistance des addictions comportementales : les addictions dites « sans produit », au premier rang desquelles figurent l'hyperconnexion (66 % de prévalence cumulée, avec la plus forte activité actuelle), les achats compulsifs (55 %) et le workaholisme, la dépendance au travail, (54 %) restent prévalentes à l'instant T. Privé d'une capacité de régulation émotionnelle totalement reconstruite, l'individu opère un changement d'objet pour éteindre ce que le modèle I-PACE qualifie d'« incendie émotionnel ». Ses comportements s'orientent alors sur des activités hyper-accessibles et socialement valorisées, comme le travail, les achats compulsifs ou le numérique.

Ces comportements font office de nouvelles « prothèses psychiques » de transition. Comme le rappellent Valleur et Matysiak (2006), nos sociétés contemporaines axées sur la performance et l'immédiateté légitiment et récompensent le bourreau de travail ou le cyber-consommateur, masquant ainsi la souffrance et la perte de contrôle sous les traits de l'adaptation sociale. C'est ici que le « modèle des composantes » de Mark Griffiths (2005) s'avère un outil de distinction clinique fondamental. Nos données révèlent des prévalences massives pour l'hyperconnexion (66 %) et le workaholisme (54 %). L'adossement au modèle de Griffiths permet de confirmer que ces activités ne relèvent pas d'une simple « passion saine », qui ajouterait de la valeur à l'existence, mais bien des processus addictifs. Ces comportements associent saillance et tolérance pour apaiser la détresse émotionnelle, mais génèrent en retour de vifs conflits internes et relationnels. En définitive, ce contraste temporel majeur prouve que le blocage du seul dernier maillon comportemental de l'addiction (l'abstinence relationnelle ou sexuelle) ne suffit pas à clore le processus, sous peine de voir la compulsion migrer vers des objets socialement valorisés mais tout aussi aliénants.

5.4.3 La sévérité des dépendances et le cumul comorbide

La dynamique de transversalité est confirmée par nos analyses statistiques, qui révèlent un lien entre la gravité des dépendances et le cumul des troubles au cours de la vie.

La corrélation positive et significative établie entre la sévérité du score composite de dépendance affective (calculé sur l'ensemble des 12 items de l'ECR-12) et le nombre de comorbidités ($\rho = 0,265$; $p = 0,006$) apporte un soutien empirique à l'hypothèse d'une vulnérabilité addictive transversale modélisée par Brand et al. (2019), tout en validant l'architecture du *Syndrome Model of Addiction* de Shaffer et al. (2004).

De la même manière, la corrélation positive significative observée entre le score SAST-R et le nombre d'addictions déclarées ($\rho = 0,236$; $p < 0,05$) renforce ce modèle. Qu'elle s'exprime sur le versant affectif ou sur le versant sexuel, l'intensité de la dépendance reste associée à un cumul plus important de conduites compulsives au cours de l'existence.

Ce constat valide la thèse centrale de Shaffer : l'intensité du syndrome addictif global dicte la multiplication et la plasticité de ses expressions symptomatiques au cours de la trajectoire du sujet.

Le fait que ces corrélations soient statistiquement modérées ne contredit pas cette dynamique, mais s'explique par les caractéristiques spécifiques de notre échantillon.

Notre analyse porte en effet sur une population déjà engagée et pour partie stabilisée dans un parcours de rétablissement au sein de DASA, ce qui tend mécaniquement à homogénéiser les scores vers le haut et à comprimer l'étendue réelle des variables, atténuant artificiellement la force de la liaison. On peut émettre l'hypothèse que sur une population générale, la variabilité du score serait plus grande, rendant la corrélation potentiellement plus puissante.

5.4.4 L'impact de la culture des Douze Étapes sur la clairvoyance clinique des sujets

Ce niveau exceptionnellement élevé de poly-addictions doit enfin être nuancé au regard d'un biais de sélection positif lié à la forte réflexivité des membres de DASA. L'échantillon est constitué d'individus insérés dans un réseau de pair-aidance horizontal favorisant l'auto-examen. Une part significative des répondants a une connaissance approfondie, voire une pratique active, d'autres fraternités anonymes.

Cette immersion dans la culture des 12 étapes induit une clairvoyance clinique. Là où un individu de la population générale interpréterait ses achats compulsifs, son workaholisme ou son hyperconnexion comme de simples traits de personnalité ou des réponses passagères au stress, le membre DASA est invité à pratiquer un examen rigoureux de l'ensemble de ses pertes de contrôle. Dès lors, la prévalence massive des comorbidités reflète certes la sévérité objective de leurs trajectoires, mais elle objective également une capacité d'auto-diagnostic démultipliée par l'expérience des groupes de pairs.

5.5 Les mécanismes de construction du Capital de Rétablissement

L'un des résultats les plus fondamentaux de notre étude réside dans l'analyse comparative de l'ancienneté au sein de la fraternité. L'analyse transversale montre que les symptômes anxio-dépressifs (*PHQ-9* et *GAD-7*) restent stables, quelle que soit la durée d'engagement dans les groupes DASA ($p = 0,540$ et $p = 0,734$). À l'inverse, les différences observées concernant le Capital de Rétablissement (*BARC-10*) s'avèrent tout juste significatives (à la limite du seuil conventionnel) (*Kruskal-Wallis* $H = 7,86$; $p = 0,049$). L'analyse détaillée montre que ce capital se consolide sur le long terme, franchissant le seuil de rémission durable (> 47) pour atteindre une médiane de 50,0 chez les membres ayant plus de 3 ans d'ancienneté.

Cette divergence intergroupe ciblée valide la valeur thérapeutique des dispositifs d'entraide, en cohérence avec les données de la revue systématique Cochrane menée par Kelly, Humphreys et Ferri (2020). Dans le champ du trouble de l'usage d'alcool, leurs travaux ont établi que la facilitation en 12 étapes est supérieure aux thérapies cognitivo-comportementales pour l'obtention d'une abstinence à long terme, et au moins équivalente sur les autres indicateurs cliniques. Nos données confirment cette dynamique : le rétablissement au sein de DASA n'opère pas par une réduction immédiate de la détresse symptomatique, mais par la construction progressive de ressources psychosociales et spirituelles autonomes objectivée par le *BARC-10*.

5.5.1 Les moteurs du capital psychosocial : horizontalité, service et auto-efficacité

Cette dynamique d'intégration se traduit par l'évolution des profils d'auto-identification au fil du temps. La proportion de participants s'identifiant au profil mixte augmentant de manière régulière avec l'ancienneté (passant de 55 % à 78 % après 3 ans). Au début de leur parcours, les membres au sein de DASA ont tendance à cloisonner leur trouble ou à n'en percevoir que le symptôme le plus aigu. Avec le temps, l'écoute des partages des autres participants et le travail d'écriture des étapes favorisent une prise de conscience globale : le sujet passe d'une vision morcelée de ses conduites à une vision globale de ses schémas affectifs et sexuels, ce qui témoigne d'une plus grande maturité clinique et d'une meilleure connaissance de ses propres mécanismes de dépendance.

Ce cheminement vers une conscience accrue et vers la construction du capital de rétablissement est catalysé par deux puissants leviers :

- **L'implication active dans le service horizontal** : L'analyse inférentielle confirme que l'engagement dans le service au sein de la fraternité est le plus puissant prédicteur d'un capital de rétablissement élevé ($H = 11,26$; $p = 0,010$). Les participants rapportant un engagement élevé obtiennent des scores cliniques supérieurs ($Mdn = 53,0$), se distinguant significativement des membres exerçant un service faible ($p_{corr} = 0,041$) ou nul ($p_{corr} = 0,039$). Comme l'avait documenté Alibrandi (1978) dans son étude anthropologique du parrainage, la dynamique altruiste et bidirectionnelle d'aide aux autres pairs consolide la sobriété du membre parrain en restructurant son identité sociale ; le partage d'expériences similaires désarme par ailleurs la honte, carburant principal de la rechute (Carnes, 1991 ; Room, 2005).
- **La neuro-réhabilitation du cortex préfrontal** : Sur le plan psychologique, l'accumulation de succès quotidiens soutenus par l'entraide, « 24 heures à la fois », nourrit puissamment le sentiment d'auto-efficacité de Bandura (1977). Sur le plan organique, l'hypothèse proposée par Giuffra (2015) suggère que la pratique régulière des douze étapes s'apparenterait à une kinésithérapie cérébrale qui contrecarre l'hypofrontalité décisionnelle induite par les traumatismes de l'enfance et l'addiction active. Chaque fois qu'un participant s'appuie sur son « décisionnaire de substitution » (le groupe ou le parrain) pour inhiber un acting-out, il force son cortex préfrontal à exercer un contrôle inhibiteur. Par plasticité neuronale, la répétition de ces accomplissements favoriserait théoriquement la restauration des fonctions exécutives frontales, redonnant au sujet sa pleine capacité de choix.

Parallèlement à cette réhabilitation cognitive et comportementale ancrée dans l'action immédiate, le rétablissement déploie une dimension existentielle profonde, dont la maturation répond à une tout autre dynamique temporelle.

5.5.2 La temporalité de l'éveil spirituel : un processus cumulatif et existentiel

L'analyse de la dimension spirituelle (WHOQOL-SRPB) apporte un éclairage sur ces processus de reconstruction du sens (*meaning-making*). Nos résultats révèlent une corrélation globale positive et statistiquement significative entre le temps passé dans la fraternité et le score de spiritualité ($\rho = 0,196$; $p = 0,045$).

L'« éveil spirituel de type éducatif » :

Dans la littérature de ces mouvements, notamment formalisée par le psychologue William James et reprise par l'association Alcoholics Anonymous, une distinction majeure est opérée entre les éveils spirituels spectaculaires (rares) et les éveils de type « éducatif » (*educational variety*). Ces derniers se développent de manière lente, par l'assimilation continue des principes du programme, une dynamique d'évolution clinique dont la validité internationale est aujourd'hui solidement établie (Kelly et al., 2020).

Sur le plan statistique, cette dynamique se traduit de manière très cohérente : l'absence d'écarts significatifs au test de Kruskal-Wallis confirme que la croissance spirituelle ne fonctionne pas par paliers soudains ou par le franchissement de seuils distincts (ce que testerait une comparaison de groupes). En revanche, la significativité de la corrélation de Spearman, conçue pour évaluer une tendance monotone continue, révèle parfaitement cette accumulation lente, régulière et linéaire des ressources existentielles (*meaning-making*) mois après mois.

L'éveil spirituel au sein de DASA ne relève donc pas d'une illumination « magique » ou ponctuelle, mais d'un cheminement régulier ancré dans la pratique du programme. Ce constat s'accorde avec les données présentées dans la revue *The Role of Twelve-Step-Related Spirituality in Addiction Recovery* (Dermatis, Galanter 2016), qui confirment qu'un tel éveil est rapporté par une grande majorité de membres de longue durée. La littérature y démontre que ce processus s'accompagne d'une augmentation linéaire du sentiment de but et de sens à la vie (*Purpose in Life* - PIL), agissant comme un puissant médiateur interne pour maintenir la sobriété.

Le mécanisme du Meaning-Making comme stratégie de Coping

Face à l'effondrement identitaire provoqué par l'addiction, le programme DASA offre un cadre de reconstruction du sens. Les quatre items extraits de notre échelle ne mesurent pas une religiosité dogmatique, mais des compétences adaptatives face au stress (stratégies de *coping*) : la force pour affronter les difficultés et le réconfort trouvé dans les croyances agissent comme des tampons émotionnels face aux envies compulsives (*cravings*). Comme le soulignent Thompson, Landers et Gregoire (2026), l'opérationnalisation de la spiritualité dans les programmes en 12 Étapes ne réside pas dans l'adhésion dogmatique, mais dans une reconfiguration cognitive du rapport au monde et aux autres. Cette perspective conforte nos résultats, suggérant que l'éveil spirituel observé au sein de DASA agit comme un mécanisme de *meaning-making* progressif, essentiel pour transformer la détresse traumatique initiale en un capital de rétablissement durable.

En ce sens, la force pour affronter les difficultés et le réconfort trouvé dans les croyances agissent comme des tampons émotionnels face aux envies compulsives (*cravings*) ; et le sens donné à l'existence permet de combler de manière existentielle le vide laissé par l'arrêt des comportements compulsifs.

Cette reconstruction du sens prend du temps car elle exige ce que la sociologie du rétablissement nomme une « **désistance identitaire** » : l'individu doit abandonner son identité de « dépendant actif » pour construire celle de « membre en rétablissement ». Nos données suggèrent que ce transfert s'observe sur le long terme, la moyenne la plus haute (14,9 sur 20, écart-type = 4,6) concernant les membres de plus de 3 ans d'ancienneté.

Ce constat est cohérent avec les conclusions de Sylvia Kairouz et Marilyn Fortin (2013) auprès de membres de longue date (*old-timers*) : elles démontrent que l'application rigoureuse des étapes de maintien (étapes 10, 11 et 12) influence durablement la satisfaction existentielle, prouvant que la pratique personnelle du programme est plus contributive au bien-être que la seule adhésion à une croyance dogmatique ou religieuse.

L'impact de l'engagement dans le service sur la spiritualité : une indépendance statistique

L'analyse croisée des facteurs d'ancienneté et d'implication dans le service permet de décrire les mécanismes de soutien au sein de DASA. Si le service est associé à un capital de rétablissement plus élevé, les analyses inférentielles indiquent qu'il n'exerce pas d'influence majeure sur le score de spiritualité laïque ($p = 0,477$; Spearman $\rho = 0,140$; $p = 0,156$).

C'est davantage le temps passé dans la fraternité (l'ancienneté) qui montre une dynamique positive avec la dimension spirituelle. Cela suggère que l'éveil spirituel laïc est un processus long et progressif, davantage lié à la durée globale du cheminement et de l'imprégnation du programme qu'à l'intensité de l'engagement dans les tâches de service. Ce constat s'aligne avec les observations de Kairouz et Fortin (2013) sur les membres de longue date (*old-timers*), pour qui la satisfaction existentielle découle d'une assimilation patiente et continue des étapes, opérant une véritable reconstruction du sens (*meaning-making*).

Ces deux analyses combinées dessinent ainsi un tableau complémentaire et cohérent de la méthode de Borkman. Le dispositif de pair-aidance DASA s'avère agir sur deux registres distincts mais synchrones : un axe structurel et cognitif (sensible au service), où l'action immédiate réhabilite le sentiment d'auto-efficacité (Bandura, 1977) et la souveraineté décisionnelle (Giuffra, 2015) ; et un axe existentiel et identitaire (sensible au temps), où la durée favorise un ancrage spirituel. Ensemble, ces deux piliers scellent la pertinence clinique de ce modèle d'entraide et posent les bases d'une reconstruction durable, dont il convient à présent de nuancer l'évaluation au regard des limites méthodologiques inhérentes à notre démarche.

6. Limites de l'étude et perspectives de recherche

6.1 Limites de l'étude

Toute démarche de recherche clinique comporte des limites méthodologiques qu'il convient de souligner afin de nuancer l'interprétation des résultats.

Biais de sélection et biais de survie (*survivorship bias*) :

L'échantillonnage s'étant fait par convenance (via les réseaux internes de DASA et lors de la Convention DASA Sud-Ouest de Mars 2026), l'échantillon n'est pas strictement représentatif de la population globale souffrant de dépendances affectives et sexuelles. Le recrutement exclusif au sein de la fraternité induit un biais de survie majeur qui affecte l'interprétation de la relation entre l'ancienneté et l'élévation du Capital de Rétablissement (score BARC-10). Dans cette étude transversale, les membres ayant plus de 3 ans d'ancienneté ne sont pas suivis dans le temps : ils représentent simplement ceux restés actifs au fil des ans. Les personnes présentant les profils psychopathologiques les plus sévères, une précarité sociale extrême faisant obstacle à l'assiduité, ou celles pour qui la philosophie des Douze Étapes s'est révélée inopérante, ont vraisemblablement quitté le programme au cours des premiers mois. Le groupe des membres de long terme est donc naturellement enrichi en individus caractérisés par une résilience élevée, un bon soutien psychosocial initial et une forte réceptivité à la pair-aidance. Ce biais peut ainsi surestimer l'efficacité temporelle du programme en attribuant à la durée d'engagement une croissance des ressources qui résulte, en réalité, d'un filtre sélectif.

Biais de mémorisation (*recall bias*) sur le versant clinique :

Afin de capturer la sévérité initiale de la pathologie (scores SAST-R et ECR-12), il a été demandé aux participants de répondre de manière rétrospective en se replaçant au moment de leur arrivée dans DASA. Ce choix méthodologique expose les données à une distorsion de la mémoire. En addictologie, la perception de la période active est fortement influencée par l'état affectif contemporain et le degré d'intégration des concepts du programme. L'endossement de l'identité de « membre en rétablissement » peut induire une reconstruction narrative qui amplifie la gravité des dysfonctionnements passés pour légitimer les efforts d'abstinence et renforcer le sentiment d'auto-efficacité. Inversement, un biais d'atténuation affective (*fading affect bias*) peut amener des sujets stabilisés à sous-estimer l'intensité de la détresse initiale. Les scores élevés d'anxiété d'abandon ($M = 5,85/7$) et de compulsivité sexuelle (SAST-R = 12,0/20) reflètent donc une représentation psychologique reconstruite depuis un état de sobriété, plutôt qu'une photographie clinique objective du trouble à son point d'amorce.

Multiplicité des tests statistiques et inflation du risque alpha : Le design exploratoire de cette étude a nécessité la réalisation d'un nombre important de croisements statistiques sur l'ensemble du jeu de données (variables cliniques comparées selon le genre, le profil, l'ancienneté, et le niveau de service). Bien qu'une correction de Bonferroni ait été rigoureusement appliquée pour ajuster le risque d'erreur lors des comparaisons post-hoc par paires, nous n'avons pas appliqué de correction globale pour la multiplicité des tests sur l'ensemble de l'étude.

Cette démarche exploratoire induit mécaniquement une inflation du risque de première espèce (risque alpha). Dès lors, les résultats présentant une valeur p située à l'extrême limite du seuil de significativité, comme l'association entre l'ancienneté et le capital de rétablissement ($p = 0,049$) ou la spiritualité ($p = 0,045$), doivent être appréhendés avec humilité scientifique. Ils constituent des tendances cliniques encourageantes et cohérentes avec la littérature, mais demeurent des pistes exploratoires à confirmer par des études ultérieures dotées d'une plus forte puissance statistique.

Application rétrospective de l'indice EPICES : L'utilisation rétrospective de cet outil constitue une limite importante. Conçu et validé pour évaluer une situation de précarité contemporaine du recueil, son application au passé expose à un biais de reconstruction cognitive, les conditions matérielles et l'isolement étant relus à la lumière du regard actuel. En l'absence de validation de cette modalité rétrospective dans la littérature, le score moyen de 28,5 doit être lu comme une mesure subjective de la détresse socio-environnementale rapportée, plutôt que comme un indicateur socio-économique absolu.

Absence de diagnostic hétéro-évalué : Nos données reposent exclusivement sur des auto-questionnaires. Bien que ces échelles soient validées psychométriquement, elles ne sauraient remplacer un entretien clinique structuré mené par un professionnel de santé pour poser un diagnostic psychiatrique ou addictologique formel.

6.2 Perspectives de recherche et implications cliniques

Les résultats obtenus couvrent une grande partie des objectifs fixés initialement et ouvrent plusieurs pistes de recherche particulièrement prometteuses. Par souci de lisibilité, certains croisements envisagés dans le plan d'analyse initial n'ont pas été développés dans ce travail de recherche, mais ils mériteraient de faire l'objet d'investigations futures structurées selon les axes suivants :

Explorations statistiques secondaires : Il apparaît pertinent de calculer à l'avenir les *Odds Ratios* afin de mesurer précisément la force d'association entre l'appartenance à la fraternité DASA et l'exposition aux traumatismes infantiles. De même, l'analyse du profil BARC-10 en fonction du profil d'auto-identification DASA, ainsi que la recherche de corrélations entre le score SAST-R et les consommations de substances au-delà du strict cadre du chemsex, permettraient d'enrichir la cartographie clinique de cette population.

Approfondissement et standardisation psychométrique : Pour objectiver la dépendance affective, les recherches futures gagneraient à utiliser de nouveaux outils spécifiques, tels que l'*Addiction in Romantic Relationships Scale* (ARRS) validée par Atlam et al. (2023). L'intégration d'une telle échelle permettrait d'évaluer de manière standardisée l'intensité du comportement addictif relationnel en tant que tel, évitant ainsi le recours à un score composite cumulé et non standard de l'ECR-12 pour obtenir un index global de sévérité.

Si l'échelle ARRS constitue une perspective d'avenir évidente, son utilisation directe dans notre protocole restait entravée par l'absence de validation métrologique en langue française, l'outil n'étant validé qu'en anglais et en turc.

À ce stade, le recours à l'ECR-12 s'avérait scientifiquement plus sûr pour un échantillon distribué en France, sa version française étant officiellement validée et largement éprouvée en clinique francophone. De plus, l'ECR-12 présentait une parfaite cohérence avec notre cadre conceptuel : en évaluant précisément l'anxiété d'abandon et l'évitement, il s'incorporait idéalement dans le modèle intégratif I-PACE (Brand et al., 2019) où l'insécurité de l'attachement est posée comme une vulnérabilité fondamentale de la Personne. Une telle transition permettrait à l'avenir de croiser plus finement le comportement addictif pur avec ces failles d'attachement sous-jacentes, d'autant que la corrélation modérée mais significative obtenue entre notre score global actuel et le nombre d'addictions déclarées ($r = 0,265$; $p = 0,006$) suggère fortement l'existence d'une vulnérabilité addictive transversale.

Validation des mécanismes de rétablissement par étude longitudinale : L'absence de réduction des symptômes anxieux avec l'ancienneté dans DASA, combinée à l'augmentation significative du capital de rétablissement sur la même période, soulève une question clinique fondamentale : le rétablissement au sein de ce dispositif opère-t-il effectivement davantage par la construction active de ressources psychosociales que par la seule réduction symptomatique ? Un suivi longitudinal des mêmes participants sur une période de 12 à 24 mois pourrait répondre à cette interrogation et identifier des dynamiques de causalité.

Analyse des dynamiques et des biais de genre : Enfin, la surreprésentation féminine dans les profils affectifs et l'absence totale de femmes présentant une dépendance sexuelle exclusive dans cet échantillon invitent à interroger les biais de genre dans l'auto-identification et le recours aux soins. Une approche qualitative complémentaire permettrait de décrypter les mécanismes subjectifs à l'œuvre, le poids de la stigmatisation et les barrières psychosociales spécifiques qui modulent ces trajectoires de rétablissement.

7. Conclusion

Synthèse des contributions empiriques du mémoire

Les résultats empiriques de cette étude quantitative, menée auprès de 105 participants, apportent des éclairages cliniques fondamentaux :

- **Un terreau psychotraumatique massif et structurant** : Avec un score ACE moyen de 4,51/10 et 64,8 % de l'échantillon dépassant le seuil critique de 4 traumatismes, la population DASA se distingue de manière drastique de la population générale française. Les prévalences d'abus sexuels dans l'enfance (41,3 % vs 11,5 % en population générale) et de négligences émotionnelles (64,4 % vs 14,8 %) objectivent une vulnérabilité environnementale précoce extrême. Ces données confirment que les compulsions sexuelles et relationnelles s'enracinent dans des stratégies de survie post-traumatiques et des conduites dissociantes (Duriez, 2016), mobilisées par le sujet pour anesthésier une détresse affective intolérable.
- **Une transversalité des compulsions et un profil anxieux chronique** : L'évaluation de la détresse psychique actuelle révèle un bruit de fond anxieux particulièrement surélevé (score GAD-7 moyen de 7,68/21) : une anxiété cliniquement significative (GAD-7 $\geq$ 10) touche 32,4 % des membres, contre 5,3 % en population générale (Rouquette et al., 2023), soit une prévalence environ six fois supérieure. Cette anxiété trouve une explication psychométrique dans l'échelle ECR-12, qui met en évidence une hyper-activation sévère du système d'attachement (score d'anxiété d'abandon moyen de 5,85/7), étayant les perspectives de requalification de ces troubles en une authentique « addiction relationnelle ». Par ailleurs, la compulsivité sexuelle évaluée par le SAST-R s'avère transversale : elle concerne 89,5 % de l'échantillon et s'exprime avec une intensité comparable chez les profils mixtes et les dépendants sexuels exclusifs, tout en restant cliniquement active chez les personnes s'identifiant de prime abord comme dépendants affectifs purs. Ces données valident à la fois le *Syndrome Model of Addiction* de Shaffer et al. (2004) et les circuits attentionnels de capture (*wanting*) théorisés par Mechelmans et al. (2014), dépassant ainsi les seules classifications restrictives de la CIM-11.
- **Un profil de rétablissement psychosocial caractérisé** : L'analyse comparative intergroupe met en lumière une dynamique remarquable. Alors que les manifestations de détresse anxio-dépressive actuelle s'avèrent stables d'une tranche d'ancienneté à l'autre, les scores de Capital de Rétablissement (BARC-10) et de spiritualité laïque s'avèrent significativement supérieurs chez les membres affichant un engagement de long terme (plus de 3 ans) et une forte implication dans le service horizontal. Le score BARC-10 global s'établit en moyenne à 47,1/60, avec 57,1 % de l'échantillon se situant au-dessus du seuil de rémission durable. Ce constat prouve que le programme DASA n'agit pas par une réduction symptomatique immédiate à un instant T, mais qu'il est associé à une reconstruction active de ressources psychosociales autonomes et à un processus lent de redéfinition existentielle (*meaning-making*), apportant une validation empirique française aux conclusions de la revue systématique Cochrane (Kelly et al., 2020).

Perspectives cliniques et de santé publique: vers une intégration institutionnelle de la pair-aidance

Les conclusions de ce travail de recherche ouvrent plusieurs perspectives majeures pour la refondation de la prise en charge des addictions comportementales en France :

- **Déstigmatisation et reconnaissance nosologique** : Il devient urgent d'extraire l'addiction sexuelle et la dépendance relationnelle de l'angle mort des politiques de santé publique. En s'appuyant sur le modèle des composantes de Griffiths (2005), théoriser ces troubles comme de véritables « pathologies de l'excès » permet de différencier la passion saine de l'aliénation compulsive. Cette reconnaissance institutionnelle est indispensable pour briser le secret et réduire la honte systémique qui retarde massivement la demande d'aide des usagers.
- **Articulations entre le système de soins et la pair-aidance** : Face à l'isolement relationnel et à la précarité vécue par ces usagers au plus fort de leur trouble (objectivés par un score EPICES initial moyen de 28,5), les structures publiques doivent repenser leur offre de soins. L'association DASA ne doit plus être reléguée à un dispositif informel en marge du système, mais devenir un partenaire clinique de premier plan. Elle constitue un réservoir majeur de capital social et de stratégies de *coping* alternatives qui, par la sollicitation cognitive du service, participe à une véritable neuro-réhabilitation du lobe frontal (Giuffra, 2015), indispensable au maintien d'une sobriété pérenne.
- **Formation des professionnels de première ligne** : Les prévalences hors normes de psychotraumatismes infantiles (ACE) et l'omniprésence des transferts de dépendance (*cross-addiction*) au cours de la vie (moyenne de 5,3 addictions par sujet) imposent une formation systématique des acteurs médicaux et sociaux au repérage croisé. Derrière un trouble anxio-dépressif résistant ou une trajectoire de précarité affective récurrente, il apparaît crucial d'investiguer l'hypothèse sous-jacente d'une perte de contrôle sexuelle ou relationnelle.

En définitive, ce travail démontre que si la blessure psychotraumatique initiale modifie durablement la trajectoire comportementale et le style d'attachement des individus, la dynamique collective, égalitaire et altruiste de la pair-aidance offre un espace de subjectivation inestimable. Elle prouve que la guérison des pathologies de l'emprise s'opère avant tout par la restauration du lien à soi et aux autres. C'est en s'ouvrant à cette vision décroisée que l'addictologie clinique pourra parfaire ses modèles d'accompagnement. Comme le rappelle Ajluni (2025), les approches biomédicales réductionnistes se confrontent à des impasses thérapeutiques dès lors qu'elles ignorent les dimensions existentielles et intimes du patient. Ce travail invite ainsi à concevoir une prise en charge résolument holistique, où l'intégration de la pair-aidance et le déploiement d'une spiritualité laïque ne sont plus pensés en marge du système de soins, mais s'affirment comme des piliers complémentaires indispensables à la réhabilitation globale et durable de l'être humain.

Bibliographie

Ahmadi, V., Davoudi, I., Ghazaei, M., Mardani, M., & Seifi, S. (2013). Prevalence of obsessive love and its association with attachment styles. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 696-700. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.629>

Ajluni, V. (2025). Integrating spirituality into the treatment of substance use disorders: A holistic approach to recovery. *Industrial Psychiatry Journal*, 34(1), 142-143. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_260_24

Alibrandi, L. A. (1978). The folk psychotherapy of Alcoholics Anonymous. In S. Zimberg, J. Wallace, & S. B. Blume (Eds.), *Practical approaches to alcoholism psychotherapy*, 163-180. Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-7652-5_10

Atlam, D., Akyel Göven, B., & Yüncü, Z. (2023). Addiction in romantic relationships scale development: Validity and reliability study. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 10(1), 52-58. <https://doi.org/10.5152/addicta.2023.23027>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Biolcati, R., Özal, Z., Ambrosini, F., Villano, P., Palareti, L., & Mancini, G. (2025). Emotional Intelligence and Behavioural Addictions: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(4), Article 1125. <https://doi.org/10.3390/jcm14041125>

Black, D. W., Kehrberg, C. L., Flumerfelt, D. L., & Schlosser, S. S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 243-249. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.2.243>

Borkman, T. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456. <https://doi.org/10.1086/643347> , consulté sur : <https://www.jstor.org/stable/30015384>

Borkman, T. (2006). Sharing Experience, Conveying Hope: Egalitarian Relations as the Essential Method of Alcoholics Anonymous. *Nonprofit Management and Leadership*, 17(2), 145-161. <https://doi.org/10.1002/nml.140>

Böthe, B., Koós, M., Nagy, L., Kraus, S. W., Demetrovics, Z., Potenza, M. N., & Vaillancourt-Morel, M. P. (2023). Compulsive sexual behavior disorder in 42 countries: Insights from the International Sex Survey and introduction of standardized assessment tools. *Journal of Behavioral Addictions*, 12(2), 393-407. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00028>

Brand, M., Wegmann, E., Stark, R., Müller, A., Wölfling, K., Robbins, T. W., & Potenza, M. N. (2019). The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 104, 1-10. <https://doi-org.ezpum.scdi-montpellier.fr/10.1016/j.neubiorev.2019.06.032>

Carnes, P. (1991). *Don't Call It Love: Recovery From Sexual Addiction*. Bantam Books.

Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: Expansion of a theoretical construct. *Substance Use & Misuse*, 43(12-13), 1971-1986. <https://doi.org/10.1080/10826080802289762>

Cook, D. R. (1987). Self-identified addictions and emotional disturbances in a sample of college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1(1), 55-61. <https://doi.org/10.1037/h0080429>

Denis, I., Brennstuhl, M.-J., & Tarquinio, C. (2020). Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes : une revue systématique de la littérature. *Sexologies*, 29(4), 163-174. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.05.001>

Dermatis, H., & Galanter, M. (2016). The role of twelve-step-related spirituality in addiction recovery. *Journal of Religion and Health*, 55(2), 510-521. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0019-4>

De Soto, C. B., O'Donnell, W. E., & De Soto, J. L. (1989). Long-term recovery in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 50(6), 515-522. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1989.tb00406.x>

Demily, C., & Thibaut, F. (2016). Addictions sexuelles. In M. Reynaud, L. Karila, H.-J. Aubin & A. Benyamina (Dir.), *Traité d'addictologie* 2ème édition, 805-808. Lavoisier. Consulté sur : <https://stm-cairn-info.ezpum.scdi-montpellier.fr/traite-d-addictologie>

Donnadieu-Rigole, H., Peyrière, H., Benyamina, A., & Karila, L. (2020). Complications Related to Sexualized Drug Use: What Can We Learn From Literature? *Frontiers in Neuroscience*, 14, Article 548704. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.548704>

Ducasse, D., & Brand-Arpon, V. (2019). *Psychothérapie du trouble borderline*. Dunod.

Ducasse, D., & Brand-Arpon, V. (2021). *Le trouble borderline expliqué aux proches*. Odile Jacob.

Duriez, N. (2016). Addiction sexuelle, conduites dissociantes et rétablissement. *Psychotropes*, 22(3), 37-53. <https://doi.org/10.3917/psyt.223.0047>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Fierdepied, S., Sturm, G., & Baubet, T. (2014). Mode relationnel, addictions et précarité sociale. *Psychotropes*, 20(4), 47-66. <https://doi.org/10.3917/psyt.204.0047>

- Giuffra, L. A. (2015).** A proposed mechanism of action for the Twelve Steps of Alcoholics Anonymous: Frontal lobe neurorehabilitation. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 78(1), 30-33. <https://doi.org/10.20453/rnp.v78i1.2358>
- Goodman, A. (1990).** Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403-1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Griffiths, M. (2005).** A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Haute Autorité de santé. (2025, janvier).** *Pair-aidance dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales. Note de cadrage*, consultée sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/la_pair-aidance_dans_les_organisations_sanitaires_sociales_et_medico-sociales_note_de_cadrage.pdf
- Kafka, M. P. (2010).** Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>
- Kairouz, S., & Fortin, M. (2013).** L'engagement dans le mouvement des AA : un gage de bonheur. *Drogues, santé et société*, 12(1), 19-40. <https://doi.org/10.7202/1021537ar>
- Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020).** Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(3), Article CD012880. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2>
- Kitchin, H. A. (2002).** Alcoholics Anonymous discourse and members' resistance in a virtual community: exploring tensions between theory and practice. *Contemporary Drug Problems*, 29(4), 741-768. <https://doi.org/10.1177/009145090202900405>
- Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., Voon, V., Abdo, C. H., Grant, J. E., Atalla, E., & Reed, G. M. (2018).** Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 17(1), 109-110. <https://doi.org/10.1002/wps.20499>
- Lafontaine, M.-F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R., & Johnson, S. M. (2016).** Selecting the Best Items for a Short-Form of the Experiences in Close Relationships Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 32(2), 140-154. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000243>
- Laudet, A. B. (2007).** What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 243-256. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.014>
- MacLaren, V. V., & Best, L. A. (2010).** Multiple addictive behaviors in young adults: Student norms for the Shorter PROMIS Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 35(3), 252-255. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.09.023>

Mechelmans, D. J., Irvine, M., Banca, P., Porter, L., Mitchell, S., Mole, T. B., ... Voon, V. (2014). Enhanced attentional bias towards sexually explicit cues in individuals with and without compulsive sexual behaviours. *PLoS ONE*, 9(8), Article e105476. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105476>

MILDECA. (2023). *Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027*. <https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/SIMCA%202023-2027.pdf>

Miner, M. H., Raymond, N., Mueller, B. A., Lloyd, M., & Lim, K. O. (2009). Preliminary investigation of the impulsive and neuroanatomical characteristics of compulsive sexual behavior. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 174(2), 146-151. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2009.04.008>

Mourchidi A, El-Khoury F, Melchior M, et al. (2026) Prevalence and profiles of adverse childhood experiences: a French nationwide study using the CONSTANCES cohort. *BMJ Public Health* 4, Article e003300. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2025-003300>

Raymond, N. C., Coleman, E., & Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 370-380. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00110-X](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00110-X)

Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143-155. <https://doi.org/10.1080/09595230500102434>

Sanches, M., & John, V. P. (2019). Treatment of love addiction: Current status and perspectives. *European Journal of Psychiatry*, 33(1), 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.07.002>

Salmona, L., & Salmona, M. (Coord.). (2015). *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte: Dénî de protection, de reconnaissance et de prise en charge*. Enquête nationale, Association Mémoire Traumatique et Victimologie. Consulté sur : <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf>

Sass, C., Moulin, J.-J., Guéguen, R., Abric, L., Dauphinot, V., Dupré, C., Giordanella, J.-P., Girard, F., Guenot, C., Labbe, É., La Rosa, E., Magnier, P., Martin, É., Royer, B., Rubirola, M., & Gerbaud, L. (2006). Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (14), 93-96. <https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2006/14/index.htm>

Sex and Love Addicts Anonymous. (2005). *Sex and Love Addicts Anonymous: The Basic Text*. Fellowship Wide Services.

Shaffer, H. J., LaPlante, D. A., LaBrie, R. A., Kidman, R. C., Donato, A. N., & Stanton, M. V. (2004). Toward a syndrome model of addiction: multiple expressions, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 367-374. <https://doi.org/10.1080/10673220490905705>

Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. In P. M. Miller (Ed.), *Principles of addiction* (Vol. 1, pp. 61-70). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-398336-7.00006-1> Consulté sur : https://is.muni.cz/el/1423/jaro2018/PSY109/um/68207459/Biopsychosocial_Model_of_Addiction_Miller_P_2013_Principles_of_Addiction.pdf

Stenersen, M. R., Thomas, K., Struble, C., Moore, K. E., Burke, C., & McKee, S. (2022). The impact of self-help groups on successful substance use treatment completion for opioid use: An intersectional analysis of race/ethnicity and sex. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 136, Article 108662. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108662>

Sussman, S. (2010). Love addiction: Definition, etiology, treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(1), 31-45. <https://doi.org/10.1080/10720161003604095>

Toneguzzo, Q., Lisembard, G., & Cottencin, O. (2026). *Prévalence des addictions sexuelles dans trois maisons de santé pluridisciplinaires dans les Hauts-de-France*. Rapport d'étude, Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM Psy) Hauts-de-France. <https://www.f2rsmpsy.fr/publications-scientifiques.html>

Thompson, R. V., Landers, A., & Gregoire, T. (2026). Operationalizing spirituality in addiction recovery: Insights from Alcoholics Anonymous. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 32(1), 16-27. <https://doi.org/10.1080/08854726.2025.2542088>

Valleur, M., & Matysiak, J.-C. (2006). *Les pathologies de l'excès*. Paris: Jean-Claude Lattès.

Vilsaint, C. L., Kelly, J. F., Bergman, B. G., Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2017). Development and validation of a Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10) for alcohol and drug use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 177, 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.03.022>

Rouquette, A., Descarpentry, A., Dione, F., Falissard, B., Legleye, S., Vuillermoz, C., Pastorello, A., Meyer, L., Warszawski, J., DAVISSE-Paturet, C., & Melchior, M. (2023). Comparison of depression and anxiety following self-reported COVID-19-like symptoms vs SARS-CoV-2 seropositivity in France. *JAMA Network Open*, 6(5), Article e2312892. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.12892>

Annexe : Questionnaire

Le questionnaire numérique a été structuré en six blocs d'outils standardisés et validés par la littérature scientifique afin d'explorer de manière systématique le profil biopsychosocial des participants :

Bloc 1 : Caractéristiques sociodémographiques et précarité sociale (Indice EPICES)

L'outil : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé (EPICES).

Cadre clinique : Mesure multidimensionnelle de la précarité (sociale, économique et relationnelle) au-delà des seuls indicateurs de revenus.

Structure et cotation : Composé de 11 questions fermées permettant le calcul d'un score continu de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale), le seuil de précarité étant fixé à 30,17.

Bloc 2 : Prévalence des traumatismes infantiles (Score ACE)

L'outil : Le questionnaire *Adverse Childhood Experiences* (ACE) de Felitti et al. (1998).

Cadre clinique : Évaluation et quantification des psychotraumatismes survenus avant l'âge de 18 ans.

Structure et cotation : L'outil explore 10 items dichotomiques (Oui/Non) ciblant les abus, les négligences et les dysfonctionnements du foyer. Le score global continu varie de 0 à 10, offrant une forte valeur prédictive des vulnérabilités addictives ultérieures tout en limitant la charge émotionnelle lors de la passation du questionnaire.

Bloc 3 : Objectivation clinique des compulsions relationnelles et sexuelles (ECR-12 et SAST-R)

L'addiction relationnelle : Évaluée via la version courte de l'échelle *Experiences in Close Relationships* (**ECR-12**). Elle quantifie les styles d'attachement insécures de l'adulte à travers deux dimensions distinctes composées chacune de 6 items cotés sur une échelle de Likert en 7 points (allant de *Pas du tout d'accord* à *Tout à fait d'accord*) : l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité. Notre protocole a utilisé la somme totale des 12 items (score de 12 à 84) comme indicateur composite global de la sévérité de l'insécurité relationnelle.

L'addiction sexuelle : Évaluée à l'aide du *Sexual Addiction Screening Test* révisé (SAST-R). Cet outil de référence objective la perte de contrôle comportemental et sexuel à travers 20 items dichotomiques (Oui/Non) explorant le cycle de la compulsion, les conséquences psychosociales, le secret, la honte et l'usage du sexe comme stratégie de coping face à l'anxiété. Le score continu s'étend de 0 à 20, avec un seuil d'alerte clinique fixé à ≥ 6 .

Bloc 4 : Évaluation des comorbidités psychiatriques actuelles (PHQ-9 et GAD-7)

Le versant dépressif : Évalué par le *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), mesurant l'intensité de la symptomatologie dépressive au cours des 14 derniers jours avec 9 items. Le score total continu s'étend de 0 à 27. L'interprétation clinique s'articule autour de cinq niveaux de sévérité : minimale (0–4), légère (5–9), modérée (10–14), modérément sévère (15–19) et sévère (20–27). Le score de 10 constitue le seuil clinique critique pour le dépistage d'un épisode dépressif majeur.

Le versant anxieux : Évalué par le *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7), mesurant la sévérité de l'anxiété généralisée actuelle (7 items). Le score total continu s'étend de 0 à 21. L'interprétation s'organise en quatre niveaux de sévérité clinique : minimale (0–4), légère (5–9), modérée (10–14) et sévère (15–21). Un score égal ou supérieur à 10 représente le seuil d'orientation clinique pour un trouble anxiété généralisé.

Bloc 5 : Capital de rétablissement psychosocial (BARC-10)

L'outil : Le *Brief Assessment of Recovery Capital* (BARC-10).

Cadre clinique : Mesure quantitative des ressources internes et environnementales mobilisées par le sujet pour initier et stabiliser son rétablissement.

Structure et cotation: Comprend 10 items cotés sur une échelle de Likert en 6 points (allant de *Pas du tout d'accord* à *Tout à fait d'accord*), générant un score global continu de 10 à 60. Dans la littérature scientifique, un score ≥ 47 fait office de marqueur prédictif robuste d'un maintien de la sobriété à long terme.

Bloc 6 : Évaluation de la dimension spirituelle et des croyances personnelles

L'outil : Le module standardisé *WHOQOL-SRPB* (*World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) développé par l'OMS.

Cadre clinique :Destiné à évaluer empiriquement les processus de reconstruction du sens (*meaning-making*) et les stratégies de coping existentielles face à l'addiction.

Structure et cotation: Le bloc intégré au questionnaire comporte 9 items issus de l'échelle de l'OMS, cotés sur une échelle de Likert en 5 points (allant de *Pas du tout* à *Totalement*). Pour les besoins de notre protocole d'analyse de l'éveil spirituel, une sous-échelle *ad hoc* de 4 items ciblant spécifiquement la dimension fonctionnelle et laïque de la spiritualité (connexion spirituelle, force face aux difficultés, réconfort dans les croyances et sens donné à l'existence) a été extraite, permettant de modéliser un score continu allant de 4 à 20.