

RAPPORT « CHEMSEX »

Rapport rendu à M. Le Ministre de la Santé

Coordonnateur : Pr Amine Benyamina

Groupe de Rédacteurs

Amine Benyamina Psychiatre Addictologue, APHP, Paris
Bernard Basset spécialiste en santé publique, Association Addiction France
Anne Batisse Pharmacien, CEIP Paris, APHP
Dorian Cessa Psychiatre, CHU de Lyon, Lyon
Hélène Donnadieu-Rigole Hépatologue Addictologue, CHU Montpellier, Montpellier
Laurent Karila Psychiatre Addictologue, APHP, Paris
Gilles Pialoux Infectiologue, APHP, Paris
Benjamin Rolland Psychiatre Addictologue, CHU de Lyon, Lyon
Benoit Schreck Psychiatre Addictologue, CHU de Nantes, Nantes

Groupe de Relecteurs

Nicolas Authier, Psychiatre, Pharmacologue, Clermont-Ferrand
Philippe Batel Addictologue, Angoulême
Carol Burte Sexologue libéral, Cannes
Julien Cabé Psychiatre Addictologue, CHU Clermont Ferrand, Clermont-Ferrand
Alain Dervaux Psychiatre Addictologue, Paris
Maitena Mihlet Sociologue, OFDT
Julien Morel d'Arleux Directeur de l'OFDT
Michel Ohayon Médecin, Directeur, Centre de Santé Sexuelle « Le 190 », Paris
Anaïs Papazian Psychothérapeute, Sexologue libérale, Marseille
Florence Thibault Psychiatre Addictologue APHP, Paris

Remerciements

Fred Bladou, Leopold Bydlowski, Julie Chas, Alain Makinson, Hélène Peyrière, Christel Protière, Perrine Roux, Bruno Spire, Martin Siguier, Caroline Solas

Liste des Questions

1. **Qualifier et Quantifier le phénomène au sein de l'ensemble des personnes concernées**
▶ p.3
2. **Préciser les produits psychoactifs actuellement utilisés, avec un focus sur les Nouveaux Produits de Synthèse (NPS)**
▶ p.13
3. **Détailler les dommages somatiques et psychiques liés à la consommation de ces produits et aux situations d'addiction qu'elle génère**
▶ p.13
4. **Préciser les pathologies concernées et favorisées par ses pratiques sexuelles**
▶ p.27
5. **Préciser les besoins de recherche sur les interactions entre la PreP et les traitements du VIH et les produits utilisés**
▶ p.38
6. **Proposer une stratégie de réduction des risques liée à l'usage des drogues utilisées dans le cadre du *Chemsex***
▶ p.41
7. **Proposer une stratégie de prévention et de prise en charge**
▶ p.41
8. **Proposer une stratégie de suivi de cette pratique (indicateurs, enquête, recueil de données)**
▶ p.46

Synthèse et recommandations

- ▶ p.50

Contributions Associatives :

- ▶ p.53 : AIDES
- ▶ p.60 : Play Safe
- ▶ p.63 : SAFE
- ▶ p.67 : SIS Association

Question 1.

Qualifier et Quantifier le phénomène au sein de l'ensemble des personnes concernées

Le *Chemsex* est un terme issu de la fusion des mots anglophones « *Chemicals* » (produits chimiques) et « *Sex* », et désignant la consommation de substances psychoactives en contexte de sexualité (1,2). Si le terme s'est vulgarisé dans certaines communautés à partir de la fin des années 2000 aux États-Unis et au Royaume-Uni notamment, il prend son essor en France vers 2010. **Dans le *Chemsex*, l'objectif des consommations réside principalement dans le but d'initier, de faciliter, de prolonger, ou d'améliorer les rapports sexuels à travers les effets psychoactifs des molécules consommées** (3). L'usage de substances psychoactives en contexte sexuel est un phénomène ancien et présent dans toutes les cultures, mais le *Chemsex* est originellement issu de la communauté gay, et a été à ce titre marqué par des habitudes, des codes et des facteurs culturels indéniables (2). Cela pose ainsi des questions de définitions qui seront abordées plus loin, notamment sur les aspects de diffusion de certaines pratiques au-delà de leur communauté d'origine.

Contexte et historique du *Chemsex*

- *Contexte*

Les premières traces d'usage de substances en contexte sexuel se retrouvent dès la Rome Antique, où l'on préparait le *Cocetum* (4), un breuvage fait de miel et de pavot à opium, destiné aux jeunes romaines, et visant à les préparer à leurs premiers rapports intimes conjugaux. Dans l'histoire plus récente, des articles scientifiques font déjà état de pratiques similaires (et de leur potentiel rôle participant) lors de l'épidémie de VIH dans les années 1980 et 1990 (5–7). Si peu de données françaises sont disponibles sur cette période, les recherches anglo-saxonnes évoquent fréquemment le rôle de la méthamphétamine dans ces pratiques, particulièrement aux États-Unis. En France, même si la consommation de cette dernière est restée relativement marginale, on observe dès le milieu des années 2000 une utilisation notable du GHB en contexte sexuel en population des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)¹ (8). Le terme *Chemsex* semble relativement peu utilisé à cette période, mais les pratiques et les modes de consommation pourraient traduire une réalité relativement similaire à ce qui est observé aujourd'hui. Ainsi, beaucoup de produits consommés en milieux festifs étaient déjà utilisés en contexte sexuel (notamment la cocaïne, les extasys, le GHB...), avant même l'introduction du terme *Chemsex* et des molécules qui y sont désormais rattachées, et tout particulièrement les cathinones de synthèse (9).

¹ Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : personnes ayant des pratiques homosexuelles, indifféremment du fait qu'elles se reconnaissent ou non homosexuelles (d'un point de vue identitaire). Ce terme, consensuel dans le monde médical, permet de se défaire de toute approche ou dénomination normative ou identitaire.

- *Apparition du terme au niveau international*

Le terme « *Chems* » apparaît vers la fin des années 1990 dans les communautés gays américaines et anglo-saxonnes. Il désigne initialement plutôt les substances utilisées (à savoir, à cette époque, plutôt la méthamphétamine et le GHB/GBL), sans qu'il n'y ait initialement de lien avec la sexualité. Ce dernier était alors très populaire chez les clubbers gays, surtout à Londres, et était notamment vendu dans les Sex Club de Soho (2). La méthamphétamine était plus rare à cette période en Grande-Bretagne. Parallèlement aux phénomènes anglo-saxons, il est à noter que l'usage la méthylone, un dérivé de la cathinone, se repend notamment au Japon et aux Pays-Bas autour de 2004, sous le nom de « *Explosion* » (10). Des relations et des communautés se créent alors autour de la consommation de ces produits, comme c'est fréquent dans d'autres usages de toxiques, bien que, dans ce cas particulier, les liens entre usagers soient également renforcés par les questions de sexualité et de discriminations. Ont alors été favorisés les transferts de ces molécules dans les saunas et sexclubs (2), particulièrement avant l'essor des applications de rencontre géolocalisées qui favoriseront par la suite la pratique (1).

Si la question de la sexualité est évidemment centrale dans la problématique du *Chemsex*, il faut également rappeler ici les modifications notables de la sociologie de la rencontre sexuelle portée par l'avènement des nouvelles technologies. Une partie des usagers expliquent en effet adhérer à la « culture » du *Chemsex* en réponse à la disparition progressive de la communication non sexuelle à l'heure des applications, la consommation de substances occupant également une fonction de désinhibition sociale. Au fil de cette transition, ces espaces où la co-consommation de « *Chems* » et de « *Sex* » devient possible et recherchée, prennent au fur et à mesure le nom de « *Chemsex club* ». D'après David Stuart (2), travailleur social et activiste, et considéré comme un des inventeurs du terme « *Chemsex* », c'est la première fois que le terme est utilisé tel quel de manière partagée. Il sera aussi vulgarisé aussi par un réseau social de rencontre pour les hommes gays, baptisé « *Gaydar* » qui ouvre un forum sur le sujet et le popularise. A partir de 2006, la méphédronne (ou 4-MMC ou M-CAT ou Miaou-Miaou) se démocratise dans les milieux gays anglo-saxons et européens, festifs et sexuels. Elle se diffuse à l'aide de ses effets comparables aux autres cathinones, en provoquant un fort désir, une démultiplication du plaisir et de la désinhibition, très compatibles avec l'acte sexuel. C'est dans ce contexte que le terme « *Chemsex* » trouve finalement sa signification actuelle, en tant que phénomène et culture, englobant des pratiques, des modes de vie, une histoire de la communauté gay (marquée par le VIH et la lutte pour l'égalité des droits), et l'arrivée d'une multitude des molécules formant la famille des cathinones et des Nouveaux Produits de Synthèse (NPS) (11–13).

- *Essor du phénomène en France*

En France, les pratiques de *Chemsex* sont détectées dès le milieu des années 2000 (14), mais leur essor est surtout marqué depuis le début des années 2010 (3), en lien avec l'arrivée progressive de différents cathinones de synthèse et autres NPS (Nouveaux Produits de Synthèse), principalement au sein de la communauté gay. La première trace relevée au niveau médico-judiciaire se retrouve dans un rapport de police en 2007, tandis que les soignants, initialement en Ile-de-France, commencent à être sollicités par des usagers à partir de 2008 (3,11). Ces premières sollicitations se voient surtout au travers des pratiques dites de *slam*, terme issu de l'anglais « *to slam* » (claquer) désignant l'injection intraveineuse de substances - en général les nouveaux produits de synthèse ou NPS (dont les cathinones), et plus rarement

la kétamine, la cocaïne ou le GHB - dans le cadre du *Chemsex* notamment (12,14). En parallèle, les premiers cas d'abus de cathinones, principalement la méphédronne (4-MMC), sont signalés au CEIP-A (Centre d'Évaluation et d'Informations sur la Pharmacodépendance et l'Addictovigilance) de Paris en 2008 (3). Comme dans le reste de l'Europe, les cathinones de synthèse se diffusent rapidement sur le territoire français (15–17). En quelques années, la méphédronne (4-MMC), très présente dans le milieu du *Chemsex* en Europe, s'est vue remplacée par la 3-MMC (3-MéthylMéthCathinone), arrivant sur le marché à partir de 2011, notamment en réponse aux interdictions législatives prises dans de nombreux pays, dont la France (18).

Comment définir le *Chemsex* ?

- *Lien entre usage de substances et pratique sexuelle*

Si l'on observe certaines caractéristiques constantes, notamment en ce qui concerne le cadre et le contexte de la pratique, le concept de *Chemsex* est récent, et sa définition est restée en mutation au fil des années. Sa composante la plus notable et la plus consensuelle, issue du terme même de *Chemsex*, est la consommation de substances psychoactives dans un but sexuel, pour initier, faciliter, prolonger ou améliorer les rapports sexuels à travers les effets des molécules consommées. C'est donc la notion d'intentionnalité ou d'objectif de sexualité, dans l'usage de substance illicite, qui semble être le premier élément fondamental de cette pratique. Mais ce n'est probablement pas un élément suffisant pour définir totalement le *Chemsex*. En effet, l'usage de produits dans la sexualité est constaté chez de nombreux usagers de substances. Ainsi, dans une étude de 2010, 65% des usagers de substances rapportent une augmentation du désir sexuel, un orgasme retardé et une désinhibition sexuelle sous l'effet des produits (19). Plusieurs études ont suggéré un lien entre les effets des drogues et la sexualité, mais les résultats restent contradictoires entre ses effets positifs et négatifs. En tous les cas, l'usage de substances est souvent rapporté comme un outil pour augmenter la probabilité qu'un événement sexuel ait lieu (surtout avec la cocaïne ou alcool), sans que cela se rapporte stricto sensu à du *Chemsex*.

- *Catégories de substances concernées*

Bien que les types de substances utilisées dans le cadre du *Chemsex* soient largement détaillés plus loin dans ce rapport, nous les mentionnerons dès à présent, car elles font partie intégrante de la définition du *Chemsex*. En effet, si de nombreuses catégories de substances peuvent avoir une influence sur la pratique sexuelle, seules certaines d'entre elles sont traditionnellement considérées comme associées au *Chemsex*. Il s'agit avant tout des cathinones de synthèse (dont la 3-MMC et la 4-MEC), mais également du GHB et de son précurseur le GBL, et, dans une moindre mesure aujourd'hui, de la cocaïne, de la MDMA, de la kétamine et la méthamphétamine (ou Crystal ou Tina) (1,3). La consommation de poppers est également fréquente, bien que son utilisation isolée reste rare dans la pratique de *Chemsex*. Les principaux effets recherchés par ces produits, et notamment les cathinones sont l'augmentation de la libido et de l'endurance, leurs effets désinhibants et entactogènes, la démultiplication des sensations de plaisir, notamment sexuel. Une grande partie de ces molécules possède également un pouvoir stimulant, plus ou moins important, selon les drogues et les posologies utilisées (3).

On notera ainsi que sont classiquement exclues du spectre du *Chemsex* les consommations d'alcool, de tabac, et de cannabis, de par leur diffusion importante en population générale, et parce qu'elles ne traduisent pas des pratiques tout à fait comparables à celles retrouvées dans le cadre du *Chemsex* (1,12–14). S'il est très utilisé dans le cadre de la pratique et donc source

d'intérêt, de nombreux scientifiques considèrent que l'usage seul de poppers (ou autres nitrites d'alkyles) ne peut constituer en soi (de manière isolée) un phénomène clinique comparable à la pratique du *Chemsex*. C'est également le cas des rapports sexuels ayant lieu sous les effets de substances, sans que la prise soit faite dans ce but. L'utilisation de substances ayant des propriétés psychostimulantes et/ou entactogènes et/ou dissociatives et/ou psychédéliques à visée sexuelle (dont notamment celles citées ci-dessous) semble ainsi être un prérequis à la définition d'une pratique de *Chemsex* (1,29,30). Ainsi, par exemple, les consommations en contexte festif qui pourraient déboucher sur des actes sexuels, mais dans lesquels la consommation de substances psychoactives n'a pas pour but la sexualité, ne pourraient rentrer strictement dans le cadre du *Chemsex*. Un point de vue d'ailleurs partagé par une très large majorité des études scientifiques qui explorent la problématique du *Chemsex* ou des Utilisation Sexualisée de Drogues (USD, terme abordé plus loin) (1–3,11,20,31), même si certains risques sont communs et devraient faire l'objet de mesures de prévention et réduction des risques possiblement inspirées de celles envisagées pour le *Chemsex*.

- *Personnes concernées*

Du point de vue de nombreux acteurs du champ, dont certains pratiquent eux-mêmes le *Chemsex*, le terme s'appliquerait aux pratiques des certains HSH, ainsi que des personnes trans ou non-binaires. Le 2^e *European Chemsex Forum 2018*, qui regroupait un grand nombre d'acteurs de terrain internationaux, a ainsi proposé une définition prenant en compte les dimensions sociales et communautaires du *Chemsex*, intégrant les aspects de stigmatisation des personnes LGBT+, l'importance particulières d'activités ritualisées partagées au sein d'un groupe stigmatisé, ou encore les tensions communautaires spécifiques autour des comportements considérés comme masculins ou féminins particulièrement en regard des fantasmes et plaisirs sexuels. De la même façon, si l'anglais David Stuart attache à ce terme l'utilisation des produits qu'il décrit comme « *Chems* » (dont principalement la méthamphétamine, les cathinones, et le GHB/GBL), il y lie par ailleurs un fort poids culturel (global et sexuel) de ce qu'il considère comme la « *gay culture* ». Il la décline par les différents facteurs culturels suivants : les attitudes sociétales vis-à-vis de l'homosexualité (et notamment par l'homophobie, y compris intériorisée), le rejet de l'acte homosexuel, les traumatismes et stigmates de l'épidémie liée au VIH, les modifications franches des rapports sexuels gays à travers la technologie et les applications, l'hétéronormalisation² d'une partie de la communauté, le poids de ce différents facteurs aboutissant à une sexualité vécue sous le spectre du risque et du danger (2). La consommation de drogues n'échappe effectivement pas aux constructions sociales et culturelles, en particulier sur les questions de l'identité de genre³ et de l'orientation sexuelle.

En dépit de ce type de point de vue, les pratiques d'usage de substances en contexte sexuel ne sont pas limitées au milieu HSH, et certaines pratiques tendent à diffuser depuis les communautés HSH, vers d'autres milieux. D'abord, il existe une **importante diffusion des substances psychoactives**, et particulièrement des drogues illicites. A titre d'exemple, on observe une extension non-négligeable des usages de la 3-MMC en dehors d'un contexte

² Volonté consciente ou inconsciente de se conformer à une société hétéronormée (basée sur des éléments ayant attiré à la majorité hétérosexuelle), en rejetant des éléments et attitudes étant considérés comme rattachés à l'homosexualité pouvant entraîner un rejet intra-communautaire.

³ Construction socioculturelle des rôles, comportements, activités, fonctions et chance qu'une société, selon la représentation qu'elle s'en fait, considère comme adéquats pour les hommes, les femmes ou les personnes non-cisgenres. Le genre est également défini par les relations entre personnes et peut refléter la répartition du pouvoir dans ces relations. Il ne s'agit pas d'une notion fixe, elle change avec le temps et selon le lieu.

sexuel, montrant des signes de diffusion à l'extérieur des communautés gay et HSH. En Slovénie (18), dans une étude de 2015, les auteurs ne retrouvaient par exemple pas de différence significative sur le genre des usagers de NPS (autant de femmes que d'hommes). Une porosité dans les milieux et profils de consommations également retrouvés dans de nombreux pays occidentaux (mais aussi en Asie du Sud-Est par exemple), avec des prévalences d'expérimentation pouvant aller jusqu'à 3 % chez les jeunes adultes italiens par exemple (20), y compris dans les populations non-HSH.

Au-delà du seul usage de NPS, leur utilisation en contexte sexuel tendrait également à se diffuser dans le reste de la population. Ce que David Stuart traduisait par « *gay culture* » (2) ayant participé à l'émergence du *Chemsex*, connaît depuis environ une décennie une mise en lumière médiatique globale, entre autres à travers les mouvements queer, le cinéma ou même encore pop-culture (21). De surcroît, la pratique est évoquée depuis plusieurs années dans de grands titres de presse (*Le Monde*, *le Figaro*, *France Info*, *Libération*, *le Times*, *France Inter*, *Elle Magazine*, *Konbini*, *Brut...*), mais aussi dans le livre « *Chems* » de Johann Zarca (22), Prix de Flore 2017. L'auteur se décrit lui-même comme hétérosexuel et pointe une diffusion du phénomène, qui, bien que fictionnelle, a participé à la diffusion du terme. La thématique se retrouve également dans des séries télé, des faits divers et affaires judiciaires médiatisées, des musiques... Plusieurs signaux mentionnés plus loin dans ce rapport, semblent confirmer cette tendance.

Certains auteurs ou représentants associatifs sont attachés à garder le terme de *Chemsex* comme étant spécifique et identitaire de la communauté HSH. Ainsi, David Stuart évoque une « *appropriation culturelle offensante* » lorsque l'on utilise le terme au sein d'autres populations (2). En miroir, certaines personnes se reconnaissent ou se réclament comme pratiquant ou pratiquante du *Chemsex*, sans faire partie des HSH. Plusieurs études montrent par ailleurs que les comportements sexuels transcendent largement les différentes communautés et pratiques sexuelles, prouvant ainsi la porosité des comportements et habitudes culturelles (23–25). A notre sens, le terme de *Chemsex* s'installe également progressivement dans le langage des usagers, y compris non-HSH, surpassant par sa forte significativité d'autres termes équivalents et potentiellement considérés comme plus adaptés par ceux qui revendiquent l'exclusivité du terme de *Chemsex* à la population HSH. Parmi ces termes alternatifs, on peut citer des expressions telles que « Utilisation de Drogues en Contexte Sexuel ou Utilisation Sexualisée de Drogues (USD) », traduction des anagrammes SDU (*Sexualized Drug Uses*), utilisé dans le monde médical anglo-saxon. On notera également que le *Chemsex* peut d'ailleurs être désigné par les termes « *Party'n'Play* » (PnP) aux USA et par « *Wired Play* » en Australie.

De surcroît, enfermer la problématique dans un milieu strictement communautaire, c'est aussi prendre le risque de ne pas percevoir les modifications et évolutions du phénomène, et de considérer que celui-ci est figé dans le temps et dans les espaces. Même chez les HSH, la pratique du *Chemsex* n'est déjà plus tout à fait la même en 2021 que celle qu'elle était dans les années 2010, à la fois par les produits, les modes de consommations et les publics concernés (23). Initialement très urbain, le *Chemsex* est par exemple retrouvé en milieu plus rural, désormais (26). On note également un rajeunissement des profils de patients en demande de soins liés à la pratique (14). La crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 et ses confinements conséquents ont renforcé une pratique du *Chemsex* solitaire, lors de consommations de toxiques lors de séances de vidéo-masturbations, bien éloignée des orgies « historiques » de la pratique. De plus, une étude nationale française baptisée *Sea, Sex and Chems* (27) retrouve une population de 1196 personnes se définissant comme pratiquants ou pratiquantes du *Chemsex* (73,3 % d'HSH, 16,5% de femmes, 5,4 % d'hommes hétérosexuels et 4,2 % de personnes non-cisgenres). Enfin une étude néerlandaise retrouve également des

consommations de drogues en contexte de sexualité dans le milieu libertin, y compris hétérosexuel (24). Ces mutations des modalités de consommations ouvrent alors la question de la définition nosographique du *Chemsex*. Une des rares études déjà existantes à avoir décentré la question du *Chemsex* (préférant cependant l'utilisation du terme SDU – *Sexualized Drug Use*) des populations d'HSH pointait déjà en 2019 l'existence d'un phénomène chez les femmes en Grande-Bretagne (bien que moins intense que chez les HSH) et la nécessité d'adaptation de politiques de santé publique (28).

Quelle prévalence du *Chemsex* en France et en Europe ?

Si le nombre d'études scientifiques sur le *Chemsex* a considérablement augmenté depuis la moitié des années 2010, il reste encore difficile de définir précisément une prévalence de la pratique du *Chemsex*. Un élément probablement en lien avec des difficultés de recrutement des personnes concernées, mais aussi des fluctuations tant sur la pratique que sur le type de produits consommés. Une méta-analyse de la littérature de 2019 a tenté d'établir un ordre de grandeur de la diffusion du phénomène (pour la population des États-Unis et de l'Europe occidentale), notamment parmi les HSH (32). Les 38 études prises en compte estiment une prévalence de pratique du *Chemsex* de 3 à 29 % chez les HSH. La proportion irait jusqu'à 17 à 27 % chez les usagers de centres de santé sexuelle aux États-Unis et jusqu'à presque un tiers (29%) des usagers d'applications de rencontres géolocalisées. A titre d'information, *Grindr*, une des principales applications de rencontre gays, revendiquait en 2020 plus de 500 000 utilisateurs en France, ce qui pourrait donner lieu à une estimation très grossière de 100 000 à 200 000 personnes potentiellement concernées par ce type de pratiques.

Une des rares études multicentriques explorant la prévalence du *Chemsex* en France a été réalisée en 2015 (30) : elle retrouve une prévalence de pratique (une fois dans l'année au moins) de 20,9 % parmi 2610 HSH fréquentant des lieux et soirées communautaires dans 5 métropoles françaises. 3,1 % ont rapporté avoir déjà slamé et 1,6% l'avaient fait dans l'année. Ces pratiques ont suggéré la création d'un « nouveau profil d'usagers de drogues en intraveineuse », aux pratiques et risques relativement distincts de ceux rencontrés habituellement dans les centres de soins addictologiques en France (14). Une étude française plus récente, APACHES, retrouve des taux de personnes pratiquant le *Chemsex* dans la population HSH de l'ordre de 3 à 14%, selon l'indicateur retenu (33). Une étude anglaise centrée sur l'agglomération londonienne, réalisée en deux temps entre 2013 et 2016, retrouve une stabilité de la pratique, avec des pourcentages d'allure comparables à ceux trouvés en population française. L'arrivée plus précoce du phénomène, et l'ancienneté relative de cette étude reste à prendre avec précaution (34). On notera cependant une claire tendance à l'augmentation des signaux sanitaires en France, comme ceux rapportés par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des tendances addictives), qu'il s'agisse des milieux de soins addictologiques, urgents, psychiatriques ou infectiologiques (14). Une étude longitudinale suisse en population séropositive au VIH retrouve une franche augmentation (à minima triplé) des consommations des produits liés au *Chemsex* (GHB et méthamphétamine) chez les HSH entre 2007 et 2017 (35).

Nous n'avons pas retrouvé d'estimation ou d'études tentant de quantifier la prévalence du *Chemsex* en population générale. Une étude anglaise centrée sur les FSF (Femmes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Femmes) retrouve 17 % d'entre elles ayant des pratiques similaires au *Chemsex* (SDU) (28). S'il semble convenir qu'une certaine prudence reste nécessaire sur ces données, on notera également que la démocratisation des applications de rencontre géolocalisées ayant été plus tardive en population hétérosexuelle que chez les HSH,

pourrait participer à une éventuelle diffusion future des pratiques de *Chemsex* dans différents sous-groupes.

Conclusions

Il existe des débats manifestes sur la définition du *Chemsex*. Une définition factuelle est d'analyser le *Chemsex* comme la pratique d'une consommation de produits psychoactifs (hors tabac, alcool et cannabis), réalisée en contexte sexuel, et avec l'objectif prédéterminé de renforcer la sexualité, sa pratique, et/ou le plaisir qu'elle procure. Une définition plus communautaire vise à restreindre le *Chemsex* à la seule communauté HSH, et de parler d'USD plus largement pour les autres groupes, quand bien même ceux-ci se revendiquent comme pratiquant le *Chemsex*. Au-delà des termes et leurs connotations identitaires, les pratiques ont souvent des risques communs et il est important de décrire le phénomène le plus largement possible afin de proposer des actions de prévention, de réduction des risques, et de soins, qui s'appliquent à toutes les personnes concernées. Les éléments historiques, culturels et épidémiologiques détaillés ci-dessus soulignent cependant la forte prévalence et l'impact notable de la pratique en populations HSH, trans et non-binaire, faisant de ces dernières des populations à cibler spécifiquement concernant la problématique.

Si la quantification de la prévalence du *Chemsex* en population générale semble toujours complexe, ce dernier pourrait concerner environ 20% des HSH, soit potentiellement 100 000 à 200 000 personnes en France, et il semble en outre y avoir des signes de diffusion dans d'autres sous-populations, dont le nombre exact est encore mal évalué. Malgré cela, le phénomène *Chemsex* semble encore largement centré sur les populations HSH.

Références bibliographiques

1. Donnadieu-Rigole H, Peyrière H, Benyamina A, Karila L. Complications Related to Sexualized Drug Use: What Can We Learn From Literature? *Front Neurosci*. 27 nov 2020;14:548704.
2. Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs Alcohol Today*. 21 févr 2019;19(1):3-10.
3. Batisse A, Grégoire M, Marillier M, Fortias M, Djeddar S. Usage de cathinones à Paris. *L'Encéphale*. août 2016;42(4):354-60.
4. Herbert-Brown Geraldine. *Ovid's Fasti : historical readings at its bimillennium* [Internet]. Oxford: Oxford Univ. Press; 2007. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198154754.001.0001>
5. Stall R, McKusick L, Wiley J, Coates TJ, Ostrow DG. Alcohol and Drug Use During Sexual Activity and Compliance with Safe Sex Guidelines for AIDS: The AIDS Behavioral Research Project. *Health Educ Q*. déc 1986;13(4):359-71.
6. Mattison AM, Ross MW, Wolfson T, Franklin D. Circuit party attendance, club drug use, and unsafe sex in gay men. *J Subst Abuse*. sept 2001;13(1-2):119-26.
7. Gorman EM, Barr B-D, Hansen A, Robertson B, Green C. Speed, Sex, Gay Men, and HIV: Ecological and Community Perspectives. *Med Anthropol Q*. déc 1997;11(4):505-15.
8. Karila L, Novarin J, Megarbane B, Cottencin O, Dally S, Lowenstein W, et al. Acide gamma-hydroxy-butyrique (GHB) : plus qu'un agent de soumission chimique, une véritable source d'addiction. *Presse Médicale*. oct 2009;38(10):1526-38.
9. Milhet M. Attentes et PARcours liés au Chemsex. *TREND - OFDT*. mai 2019;

10. Kelly JP. Cathinone derivatives: A review of their chemistry, pharmacology and toxicology. *Drug Test Anal.* juill 2011;3(7-8):439-53.
11. Batisse, Anne M, Fortias M, Bourgogne E, Gregoire M, Sec I, Djezzar S. Case Series of 21 Synthetic Cathinones Abuse. *J Clin Psychopharmacol.* 2014;34(3):4.
12. Grégoire M. Slam, Chemsex et addiction sexuelle. *Psychotropes.* 2016;22(3):83.
13. Karila L, Megarbane B, Cottencin O, Lejoyeux M. Synthetic Cathinones: A New Public Health Problem. *Curr Neuropharmacol.* 13 avr 2015;13(1):12-20.
14. Milhet M, Néfau T. CHEMSEX, SLAM Renouvellement des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH. *TREND - OFDT*; 2017.
15. Martinez M, Néfau T, Cadet-Taïrou A. Nouveaux produits de synthèse. Dix ans de recul sur la situation française. *Tendances*, 2018, OFDT, n° 127, 8 p.
16. Cadet-Taïrou A, Martinez M. Internet tools for research in Europe on new drugs. *OFDT - TREND.* juin 2017;35.
17. Lahaie E, Martinez M, Cadet-Taïrou A. Nouveaux produits de synthèse et Internet. *Tend - OFDT - TREND.* janv 2013;(84).
18. Sande M. Characteristics of the use of 3-MMC and other new psychoactive drugs in Slovenia, and the perceived problems experienced by users. *Int J Drug Policy.* janv 2016;27:65-73.
19. Calsyn DA, Cousins SJ, Hatch-Maillette MA, Forcehimes A, Mandler R, Doyle SR, et al. Sex under the Influence of Drugs or Alcohol: Common for Men in Substance Abuse Treatment and Associated with High-Risk Sexual Behavior. *Am J Addict.* mars 2010;19(2):119-27.
20. Corazza O, Roman-Urrestarazu A, éditeurs. Handbook of novel psychoactive substances: what clinicians should know about NPS. New York, NY: Routledge; 2019. 1 p.
21. Hakim J. The rise of Chemsex: queering collective intimacy in neoliberal London. *Cult Stud.* 4 mars 2019;33(2):249-75.
22. Zarca J. Chems: roman. Paris: Bernard Grasset; 2021. 212 p.
23. Lawn W, Aldridge A, Xia R, Winstock AR. Substance-Linked Sex in Heterosexual, Homosexual, and Bisexual Men and Women: An Online, Cross-Sectional "Global Drug Survey" Report. *J Sex Med.* mai 2019;16(5):721-32.
24. Evers YJ, Dukers-Muijers NHTM, Kampman CJG, van Liere GAFS, Hautvast JLA, Koedijk FDH, et al. Prevalence of drug use during sex among swingers and perceived benefits and risks – a cross-sectional internet survey in the Netherlands. *Sex Transm Infect.* févr 2020;96(1):40-6.
25. Desai M, Bourne A, Hope V, Halkitis PN. Sexualised drug use: LGTB communities and beyond. *Int J Drug Policy.* mai 2018;55:128-30.
26. Evers YJ, Van Liere GAFS, Hoebe CJPA, Dukers-Muijers NHTM. Chemsex among men who have sex with men living outside major cities and associations with sexually transmitted infections: A cross-sectional study in the Netherlands. Caylà JA, éditeur. *PLOS ONE.* 14 mai 2019;14(5):e0216732.
27. CESSA, Dorian. Facteurs de risques addictologiques dans le cadre du Chemsex: Résultats de l'étude nationale en ligne Sea, Sex and Chems [Médecine - Psychiatrie]. [France]: Aix-Marseille Université; 2021.
28. Hibbert MP, Porcellato LA, Brett CE, Hope VD. Associations with drug use and sexualised drug use among women who have sex with women (WSW) in the UK: Findings from the LGBT Sex and Lifestyles Survey. *Int J Drug Policy.* déc 2019;74:292-8.
29. Batisse A, Peyrière H, Eiden C, Courné M-A, Djezzar S. Usage de psychostimulants dans un contexte sexuel : analyse des cas rapportés au Réseau français des centres d'addictovigilance. Évaluation des risques liés à la pratique du SLAM. *Thérapies.* oct 2016;71(5):447-55.

30. Trouiller P. Injecting drug use during sex (known as "slamming") among men who have sex with men_ Results from a time-location sampling survey conducted in five cities, France. *Int J Drug Policy*. 2020;7.
31. Papaseit Fontanet E, Farré Albaladejo M, García Algar Ó. Potencial de abuso y farmacología humana de la mefedrona (4-09C, 4-metilmecatinona) [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://ddd.uab.cat/record/167855>
32. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. janv 2019;63:74-89.
33. Mihlet M. Attentes et PARcours liés au CHEmSex (APACHES). Mai 2019, <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmmz5.pdf>
34. Curtis TJ, Rodger AJ, Burns F, Nardone A, Copas A, Wayal S. Patterns of sexualised recreational drug use and its association with risk behaviours and sexual health outcomes in men who have sex with men in London, UK: a comparison of cross-sectional studies conducted in 2013 and 2016. *Sex Transm Infect*. mai 2020;96(3):197-203.
35. Hampel B, Kusejko K, Kouyos R, Böni J, Flepp M, Stöckle M, et al. Chemsex drugs on the rise: a longitudinal analysis of the Swiss HIV Cohort Study from 2007 to 2017. *HIV Med*. avr 2020;21(4):228-39.

Questions 2 & 3

Préciser les produits psychoactifs actuellement utilisés, avec un focus sur les NPS

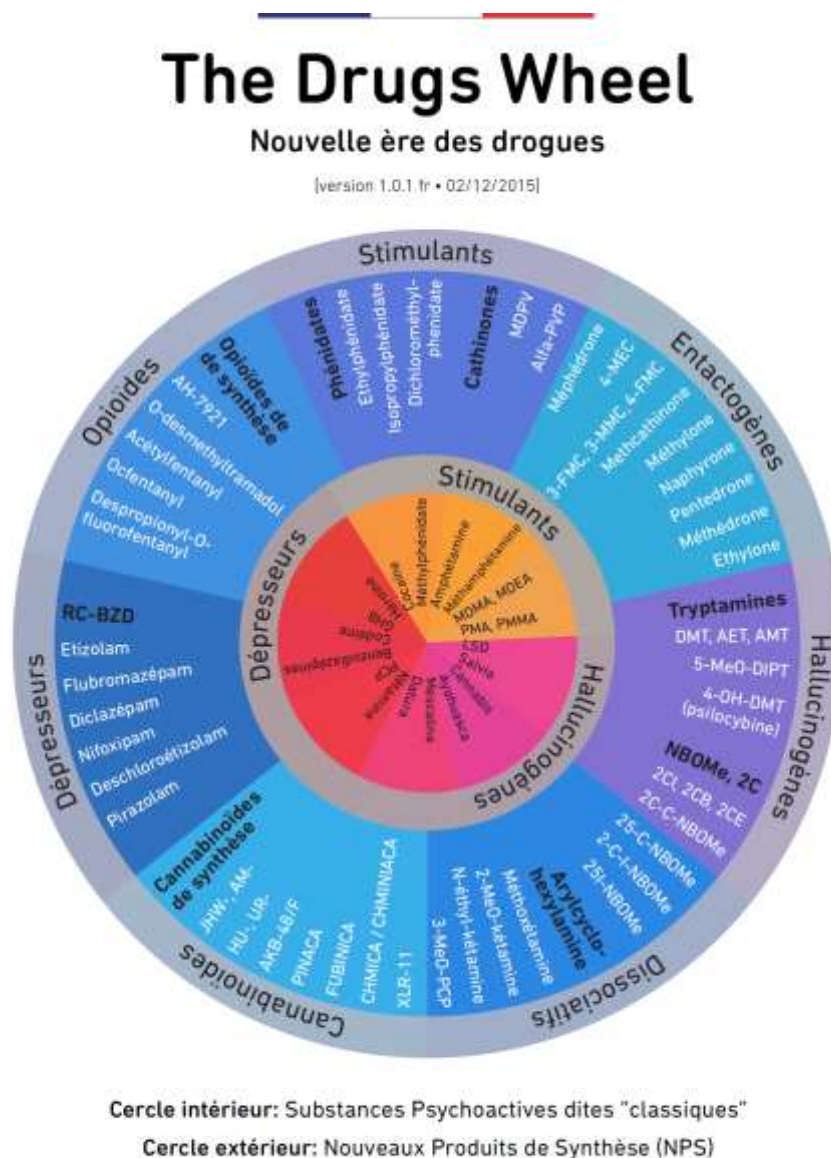
Détailler les dommages somatiques et psychiques liés à la consommation de ces produits et aux situations d'addiction qu'elle génère

Introduction

Différents produits psychoactifs peuvent être consommés isolément ou en association dans le cadre du Chemsex. Les produits les plus couramment associés au *Chemsex* sont le GHB/GBL, les cathinones de synthèse, la cocaïne, les médicaments facilitant l'érection (Viagra-sildénafil, Cialis-tadalafil), la kétamine, la méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA), et la méthamphétamine. Le GHB/GBL et la kétamine sont à l'origine d'effets relaxants favorisant la qualité des relations sexuelles chez les usagers. Les autres substances citées au-dessus ont plutôt des propriétés stimulantes, ayant pour effet de provoquer un phénomène d'euphorie, d'augmenter l'excitation, le plaisir et l'endurance sexuelle. Les substances pourront permettre souvent de masquer un trouble sexuel existant (dysfonction érectile, éjaculation précoce, dyspareunies, vaginisme). Même si cela peut entraver la jouissance, la priorité sera de se montrer performant sexuellement, c'est à dire, pouvoir avoir des rapports de longue durée, plusieurs heures, plusieurs fois, sur plusieurs jours. Le plaisir est d'avoir une image valorisée, pouvoir répondre aux attentes du ou des partenaires. L'essentiel étant de ne pas être défaillant vis-à-vis du regard de l'autre. La substance assure une image et une estime de soi positive. Les poppers peuvent également être utilisés, bien que, comme abordé dans la question 1, on considère généralement que leur utilisation seule ne constitue pas à proprement parler une pratique de *Chemsex*, tout comme d'autres produits tels que l'alcool ou le cannabis.

Internet a modifié le paysage des drogues en facilitant l'accès à ces substances à travers différents sites web, le *Darknet* ou *DeepWeb*. Internet constitue un vecteur d'accès privilégié à la plupart de ces produits. Le partage d'expériences sur différents blogs, différents forums, différentes plateformes interactives et les réseaux sociaux permet d'attirer de nouveaux consommateurs et favorise l'émergence de nouvelles modes de consommation (music parties, slam parties, sex parties...) [1]. Les produits peuvent néanmoins être directement fournis par l'hôte à l'occasion d'une « *sex party* » privée, moyennant parfois une participation aux frais, ou bien apportés par les participants. Les usagers ont aussi parfois recours à des livreurs qui se déplacent sur le site où se déroule le plan. Il existe aussi ce que l'on appelle le « *deal* » ou l'échange de sexe contre des produits.

Ci-dessous est ajoutée, pour illustration visuelle, la *Drug Wheel* (Roue des Drogues), issue du site éponyme. Certaines de ces classes de drogues sont classiquement associées aux pratiques de *Chemsex*, tandis que d'autres ne le sont pas, même si leur usage à fins sexuelles est également possible. Les substances spécifiquement associées au *Chemsex* sont détaillées plus bas.



Modifié par le Centre d'Addictovigilance de Paris • <http://addictovigilance.aphp.fr>

Not to be used for commercial purposes, visit www.thedrugswheel.com for licencing details

The Drugs Wheel n'est qu'un reflet de l'étendue du panel des nouvelles drogues, sans prétendre à l'exhaustivité des 450 NPS recensés en 2014 par l'ODET.

Source : <http://www.thedrugswheel.com/>

GHB/GBL

- *Caractérisation du produit*

Le GHB/GBL existe sous forme de poudre blanche cristalline, ou sous forme liquide. Il doit être dilué dans un verre ou dans une bouteille d'eau pour être bu. Cette substance est inodore, incolore, et a un goût amer. Ses principales dénominations par les usagers sont G, liquid ecstasy, MDMA liquide...

Le GBL est un produit chimique fortement acide, très utilisé dans l'industrie, notamment comme solvant-décapant pour peintures, pour les tags sur la voie publique, ou encore pour les jantes de voiture par exemple. Il fait fondre le plastique, décape et blanchit les vernis. Le GHB est aussi une substance médicamenteuse avec deux indications en France : utilisé comme adjuvant anesthésique et dans le traitement de la narcolepsie-cataplexie. Du fait de son potentiel d'abus et dépendance, il est très surveillé.

Lors d'une consommation aigue, les effets dépendent de la dose et de la personne, débutent 15 minutes après et durent 3 à 4 heures. Les doses utilisées pendant les fêtes varient de 0,5 à 5 grammes sur des intervalles d'1 à 3 heures.

Les principaux effets retrouvés sont l'euphorie, la désinhibition, quelque chose d'aphrodisiaque (envie, endurance, performance sexuelle ; recherche d'un orgasme de qualité), une altération du niveau de conscience, une perte de contrôle, une relaxation, l'amélioration des effets négatifs des autres drogues psychostimulantes.

Des effets non désirés sont possibles : nausées, vomissements, vertiges, pensée altérée, difficultés d'élocution, incapacité à prendre des décisions, fièvre [3-5] [6].

Le risque principal provient de la marge récréative-toxique étroite pour cette substance (concentrations toxiques proche des concentrations récréatives).

- *Risques et dommages pour la santé*

- Risque d'overdose (G-Hole) avec un trouble de la conscience, du langage, des vertiges, des vomissements pouvant aller jusqu'au coma
- Risques de sevrage avec convulsions
- Trouble du rythme cardiaque, du rythme respiratoire, de la régulation de la température, nausées, vomissements, crampes, perte de l'appétit, fatigue importante
- Altérations des performances sexuelles
- Augmentation du risque d'infections sexuellement transmissibles (VIH, gonocoques, chlamydiae...)
- Troubles du comportement
- État délirant aigu
- Troubles dépressifs
- Troubles cognitifs
- Abus, addiction

Cathinones de synthèse

- *Caractérisation du produit*

Les cathinones sont des nouveaux produits de synthèse (NPS) [7]. Leurs dénominations correspondent aux noms des molécules, le plus souvent sous forme d'acronymes. Les principales substances appartenant à la famille des cathinones de synthèse sont la méphédronne (4-méthylmethcathinone), la méthylone (3,4-methylenedioxy-methcathinone), la 3,4-methylenedioxy-pyrovalerone (MDPV), la méthylethcathinone (4-MEC), La 3-méthylmethcathinone (3-MMC) molécule proche de la méphédronne et de la 4-MEC, la 3-fluoromethcathinone (3-FMC), la 4-fluoromethcathinone (4-FMC), la buphedrone (alpha-méthylamino-butyrophenone), la butylone (beta-keto-N-méthyl-3,4-benzodioxypybutanamine), la methedrone (4-méthoxymethcathinone), la pentedrone (α-méthylaminovalerophenone), l' α-PVP et la naphyrone (naphthylpyrovalerone) [8].

Essentiellement produits en Chine et en Inde, mais aussi en Pologne et aux Pays Bas, leur diffusion met en jeu les nouvelles technologies de communication, fixe l'offre sur le marché et oriente la demande des usagers avec parfois un marketing agressif via Internet. Les fabricants, les trafiquants et les fournisseurs de ces NPS s'adaptent en permanence au marché afin de contourner les mesures de contrôle et d'interdiction mises en place par les autorités compétentes nationales et internationales. Le renouvellement rapide de nouvelles molécules obtenues par des modifications chimiques apportées à des substances préexistantes permet de contourner les législations en vigueur. Dans cette course effrénée entre l'innovation et la réglementation, les trafiquants ont toujours une voire plusieurs longueurs d'avances sur le législateur. En France, l'arrêté du 27 juillet 2012, modifiant les arrêtés du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et la liste des substances psychotropes, a inscrit sur la liste des stupéfiants toute molécule dérivée de la cathinone, ses sels et ses stéréoisomères, en raison des dangers liés à leur consommation [9]. La plupart du temps, les cathinones de synthèse se présentent sous forme de poudre cristalline et sont essentiellement consommées par voie orale (*bombing* ou parachute : ingestion de la poudre dans une feuille enroulée) ou par voie intranasale (*sniff*). Elles peuvent aussi être consommées par voie intraréctale (*plug* ou *booty bump*) ou intraveineuse (*slam*). D'autres voies d'administration comme la voie inhalée (fumée ou *chase the dragon*) ou la voie oculaire (*eyeballing*) ont été rapportées [10]. En moyenne, les doses ingérées par voie orale sont supérieures aux doses intranasales. L'absorption étant plus lente et les effets plus prolongés dans le temps, les usagers rapportent moins d'effets indésirables. Certains associent ces deux voies d'administration afin d'obtenir un effet psychoactif plus rapide et prolongé [11].

Comme c'est le cas pour de nombreuses substances psychoactives, les effets psychotropes des cathinones dépendent des individus, de la dose consommée et de la voie d'administration [12]. Ils durent entre 30 minutes et 7 heures en fonction de la substance consommée et de la voie d'administration.

La méphédronne a des effets psychoactifs, durant 2 à 5 heures, ressemblant à ceux de la méthamphétamine [13]. La MDPV aurait des effets psychoactifs proches de la cocaïne, d'une durée de 2 à 7 heures [13]. L' α-PVP a des effets proches de la MDPV et la 4-MEC proche de la méphédronne [8]. Les NRG sont des mélanges de cathinones. Dès lors, les effets psychoactifs et indésirables de ce type de mélange sont la résultante des effets des différentes substances présentes [14]. Les cathinones de synthèse sont consommées pour leurs effets

stimulants [1]: sensation d'euphorie ; bien être ; vigilance accrue ; tachypsychie, excitation motrice ; empathie ; effet entactogène accru ; augmentation de l'appréciation de la musique ; augmentation de la stimulation, de l'endurance, et de l'appétence sexuelle ; augmentation des capacités au travail.

- *Risques et dommages pour la santé* [1] [8] [15] [16]

Complications somatiques	Complications psychiatriques
• Générales : asthénie, fièvre, bouffées de chaleur, sueurs, sécheresse buccale, cauchemars, incurie • Infectieuses : VIH, VHB, VHC, infections sexuellement transmissibles • Complications de la pratique intraveineuse (slam) : abcès aux points d'injection au niveau des membres, dommages veineux, anomalies de la coagulation résultant de la toxicité du produit, de la cristallisation des produits lors de la dilution et des pratiques de rinçage • Neurologiques : céphalées, vertiges, tremblements, convulsions, confusion • Cardiovasculaires : tachycardie, hypertension artérielle, douleur thoracique, palpitations, dyspnée, myocardite • ORL : épistaxis, douleurs nasales ou oropharyngées, lésions de la cloison nasale, acouphènes, bruxisme • Digestives et hépatiques : douleurs abdominales, perte d'appétit, nausées, vomissements, insuffisance hépatique aiguë • Ophtalmologiques : flou visuel, mydriase, nystagmus • Génito-urinaires : troubles de la fonction érectile, anorgasmie, trouble de la libido • Rénales : hyponatrémie, hyperkaliémie, insuffisance rénale aiguë, rhabdomyolyse • Musculo-squelettiques : élévation des CPK, vasoconstriction périphérique	• anxiété • attaque de panique prolongée • état délirant aigu • hallucinations • paranoïa • insomnie • épisode dépressif • idées suicidaires • troubles cognitifs (mémoire, attention, concentration, prise de décision)

Il existe un potentiel addictif des cathinones de synthèse. La MDPV, par exemple, serait à l'origine d'une consommation compulsive entraînant une consommation excessive, voire une addiction [17]. En raison du phénomène de tolérance, les usagers de cathinones de synthèse ont besoin de répéter les prises et augmenter les doses pour reproduire les effets. Il existe également un phénomène de craving (envie irrésistible de consommer) et une perte de contrôle en fonction du contexte de consommation [18]. Un syndrome de sevrage, après arrêt brutal de l'usage de méphédron et de MDPV a été décrit [8] [12]. Il est caractérisé par une

asthénie, une anergie, une humeur triste, une anhédonie, une anxiété, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration, des palpitations et des céphalées. Le craving, l'anhédonie et l'anergie peuvent persister plusieurs semaines.

Des cas de décès incriminés à la consommation de cathinones de synthèse ont été également rapportés dans la littérature. Les premiers cas ont été décrits en Suède en 2008, la méphédronne a été identifiée comme seul responsable d'un décès survenu et causé par une hyponatrémie. Les décès étaient attribués à l'hyperthermie, l'hypertension artérielle, les arrêts cardiaques et plus généralement au classique syndrome sérotoninergique [19].

Cocaïne

- *Caractérisation du produit*

La cocaïne est une substance psychostimulante extraite des feuilles de coca. Elle est produite en Bolivie, en Colombie et au Pérou. Elle est expédiée en Europe par avion (vois commerciaux, fret aérien) et par bateau. Elle est consommée sous forme de poudre blanche, inodore, de saveur amère. Il existe de nombreux produits de coupe ou adultérants comme le levamisole (antiparasitaire), l'hydroxyzine (antihistaminique), la scopolamine, la lidocaine, la xylocaine (anesthésiques). Les voies d'administration sont intranasale (sniff), intraveineuse (shoot, fix, slam), intra-artérielle (rare). La voie inhalée (fumée) n'est pas possible en raison du caractère thermolabile du produit. Ses principales dénominations sont C, CC, Coke...

Les effets psychoactifs surviennent en 10 à 30 minutes pour la voie sniffée et durent entre 30 à 60 minutes. La consommation de cocaïne entraîne une euphorie (effet recherché par la majorité des consommateurs), un accroissement de l'énergie, une sensation de bien-être, une excitation psychique et motrice (gestes, déplacement, mouvement), une désinhibition, une vigilance augmentée, une réduction de l'appétit et du sommeil, la perte de la sensation de fatigue, une excitation sexuelle, une amélioration artificielle et ponctuelle de la mémoire et de l'attention. Il existe une augmentation de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle, une pâleur cutanée [20]. Cette consommation n'est pas sans risque, même lors d'un premier usage.

L'ensemble de ces complications figure dans les Recommandations, concernant la prise en charge des sujets dépendants à la cocaïne, publiées par la Haute Autorité de Santé en mai 2010 [21].

- *Risques et dommages sur la santé*

Complications cardiovasculaires	Syndrome coronarien aigu Troubles du rythme Dysfonction ventriculaire gauche Dissection aortique Thromboses artérielles et veineuses
Complications neurologiques	AVC ischémiques ou hémorragiques Abaissement du seuil épiléptogène
Complications infectieuses en lien avec des comportements à risque	Virales (VIH, Hépatites B et C) Bactériennes (abcès locaux, endocardites, pneumopathies, septicémies) IST notamment syphilis
Complications respiratoires (cocaïne base (crack))	Bronchospasme Epanchements gazeux Hémorragies Crack-lung (atteinte pulmonaire avec fièvre élevée et autres complications)
Complications ORL (usage intranasal)	Lésions de la cloison nasale Infections nasosinusiennes
Complications dermatologiques	Lésions pieds/mains chez des consommateurs de crack
Complications psychiatriques	Délire, paranoïa induite par la cocaïne Dépression et tentatives de suicide Attaques de panique induite par la cocaïne Syndrome de Recherche Compulsive de Crack (Recherche compulsive de morceaux de crack, dans les lieux où le patient a fumé, associé à un désir obsédant de crack)
Complications gynécologiques et obstétricales	Prématurité, un retard de croissance intra-utérin, un risque d'hématome rétro-placentaire, un risque d'infarctus utérin, des troubles du rythme, des troubles du comportement, cognitifs et de hyperactifs avec déficit de l'attention chez l'enfant et l'adolescent
Troubles cognitifs [22, 23]	• Usage aigu de cocaïne : amélioration artificielle et ponctuelle des capacités cognitives (performances attentionnelles par ex) • Usage chronique : altère capacités attentionnelles (attention soutenue, partagée, focale) ; mémoire visuelle et mémoire de travail ; fonctions exécutives (prise de décision, inhibition de réponse) Atrophie des régions préfrontales et temporales

Association de la cocaïne avec de l'alcool

Augmentation de la consommation de cocaïne et de l'envie de consommer

Syndrome coronarien aigu, arythmie cardiaque, cardiomyopathies

Risque d'AVC

Augmentation des accidents de la route

Alcool : facteur de rechute des consommations de cocaïne

Méthamphétamine

- *Caractérisation du produit*

La méthamphétamine reste peu présente sur les sites d'usages de substances en lien avec le *Chemsex*, et ce depuis de nombreuses années. Elle est diffusée uniquement par un nombre limité de consommateurs revendeurs et circule dans des cercles très restreints parfois sous forme de don dans un petit groupe de consommateurs dont l'un a ramené le produit d'un voyage à l'étranger (États-Unis, Londres, Berlin) ou plus récemment achetée sur le Darknet/DeepWeb [6]. Ses dénominations sont « Ice », « Meth », « crystal », « crystal meth », « tina »...

La méthamphétamine est un produit de synthèse de la famille des amphétamines, psychostimulant majeur et hautement addictif. Elle se présente sous forme de cristaux transparents fumables mais également de comprimés semblables à l'ecstasy, avec les mêmes modes de consommation (voie intranasale, per os, intraveineuse).

Le pic d'action se situe 30 minutes après une injection intraveineuse ou plus rarement intramusculaire et 2 à 3 heures après une prise orale. Sa demi-vie moyenne est de 12 heures, considérée comme longue, comparée à la plupart des autres drogues. La majorité des métabolites secondaires sont éliminés par voie urinaire.

Les effets de la méthamphétamine sont très puissants et comparables à ceux du crack. Très rapidement, quel que soit le mode de consommation, le sujet peut ressentir une sensation intense d'euphorie appelée *rush* ou *flash*, une augmentation de l'estime de soi, un *binge* sexuel, l'augmentation de la libido, la désinhibition sexuelle, l'intensification de la sensation de plaisir lors des rapports sexuels. La « descente » comprend des hallucinations, des envies suicidaires, un sentiment de persécution et une hétéroagressivité. D'autres effets, apparaissant dans les 5 minutes après une injection ou dans les 20 minutes après une prise orale, comprennent une tachycardie, une élévation de la pression artérielle, une hyperthermie, une hyperventilation [24].

L'ensemble de ces effets dure entre 8 et 24 heures. Ils peuvent persister pendant 3 à 4 jours et sont suivis d'un retour à un état de base les 2 jours suivants [25].

- *Risques et dommages sur la santé*

Le risque addictif est majeur [25]

Somatiques

- Risque indirect d'infections sexuellement transmissibles
- Risque de VIH et d'hépatites lors du partage de seringues ou de matériel pour fumer
- Troubles du rythme
- Douleurs thoraciques
- Hypertension artérielle
- Cardiomyopathies par remodelage myocardique direct ou par cardiotoxicité indirecte
- Risque d'accidents vasculaires cérébraux hémorragiques ou par vasospasme lors d'une prise massive
- Lésions dermatologiques au point d'injection
- Risque de brûlures et de lésions buccodentaires

Psychiatriques

- Anxiété
- Anorexie
- Insomnie
- Hallucinations
- Comportements violents
- Trouble psychotique aigu
- Troubles cognitifs

Sociales

- Perte d'emploi
- Dysfonctionnement familial
- Risque de maltraitance chez les parents consommateurs
- Revente et trafic
- Prostitution
- Marginalisation

Kétamine

- *Caractérisation du produit*

Il s'agit d'un anesthésiant dissociatif utilisé initialement en médecine humaine vétérinaire comme anesthésique et analgésique à action rapide. Hors du cadre médical, elle se présente sous forme de poudre ou de liquide incolore qui est chauffée dans une poêle jusqu'à évaporation du liquide pour produire de la poudre. La kétamine est le plus souvent sniffée sous forme de poudre. Elle peut également être ingérée, bue, ou injectée en intraveineuse ou en intramusculaire, mais ces pratiques restent marginales. Le produit est appelé Kéta, Ket, Ké, spécial K, ou encore vitamine K, par les consommateurs. Dans certains cercles parisiens, sont apparus de nouveaux NPS imitant les effets de la kétamine, comme la méthoxétamine (MXE) [6].

Les effets psychoactifs du produit dépendent de l'individu, du contexte de consommation, de la quantité et de la qualité de produit consommé, du mode de consommation. En sniff, la kétamine agit en 5 à 10 minutes et ses effets durent entre 1 et 2 heures. Ingérée, elle met 20 à 30 minutes pour agir pour une durée d'environ 4 heures. Par injection intraveineuse, les effets surviennent au bout de quelques secondes et durent une dizaine de minutes. Par injection intramusculaire, ils mettent entre 2 à 4 minutes pour se faire sentir et durent environ 1 heure. Les premiers effets ressentis sont généralement un apaisement, lié à l'effet anesthésique, et une euphorie. Elle modifie et/ou intensifie les perceptions sensorielles (troubles de la vision, hallucinations). A faible dose, il existe une sensation de flottement, d'impression de ralentissement des mouvements dans un état de rêve éveillé. A fortes doses, les effets peuvent prendre la forme de visions déformées des personnes et des objets, d'un sentiment que le temps s'arrête, d'une dépersonnalisation. Les consommateurs peuvent évoquer et rechercher des expériences de mort imminente [3] [24].

- *Risques et dommages sur la santé*

Le risque addictif est important

Effets indésirables	K-hole
• Vertiges • Nausées et vomissements • Sentiment de désorientation et de détachement de la réalité • Palpitations • Dyspnée • Vision trouble • Dysarthrie • Dysfonctionnement de la vessie • Infection des voies urinaires • Ecchymoses et blessures au réveil • Surdosage mortel • AVC	• Troubles de l'humeur et du comportement • Perte d'identité et du contact à la réalité • Visions effrayantes, cauchemardesques • Épisodes pouvant être suivis de phases d'anxiété et/ou de dépression

MDMA

- *Caractérisation du produit*

La MDMA (méthylènedioxymétamphétamine) se rencontre dans différents lieux ou fêtes privées ou publiques (clubs, bars, festivals, technivals, zones off des festivals, concert, appartements...).

Les différentes dénominations sont Taz, XTC, MD, M, D... La MDMA est répandue sous forme de poudre et sous forme « crystal », et de la poudre très pure est disponible dans plusieurs pays d'Europe.

Les comprimés, ayant différents logos ou marques, vendus sous le nom d'ecstasy peuvent contenir des substances analogues à la MDMA ainsi que d'autres substances chimiques non apparentées. La MDMA s'ingère dans des parachutes (la poudre est mise dans un morceau de papier et prise par voie orale) ou se sniffe.

Les principaux effets psychoactifs débutent après 30 minutes. Il s'agit d'une euphorie, d'une amélioration subjective de la communication, d'une sensation de bien-être, d'une empathie, d'une augmentation de l'estime de soi, d'une diminution de la perception de la fatigue, de la faim et de la soif et des modifications de la perception visuelle. Les effets persistent entre 3 et 6 heures. Cette consommation n'est pas sans risque, même lors d'un premier usage.

- *Risques et dommages sur la santé*

Les conséquences aiguës de la consommation de MDMA sont une sécheresse buccale, des nausées, une perte d'appétit, des sueurs, une tachycardie, des céphalées, des vertiges, des tremblements, des paresthésies, des troubles de la marche, une mydriase, des crises convulsives, une confusion. Le trismus (mâchoire bloquée) est caractéristique d'une consommation de MDMA, d'ecstasy

Sur le plan psychique, les principaux risques sont un *bad trip* (éléments délirants et anxieux), des crises d'angoisse ou un état délirant conduisant aux urgences psychiatriques

Les 2 grands risques pour le pronostic vital, avec un risque de décès, sont ce que l'on appelle le syndrome hyperthermie – rhabdomyolyse avec une fièvre très importante et une atteinte des reins (cause fréquente de décès) et l'hépatite fulminante (atteinte foudroyante du foie).

Les conséquences de la consommation répétée et prolongée de MDMA sont :

- l'addiction avec un syndrome de manque
- un bruxisme (grincement de dents)
- une hépatite (atteinte du foie)
- une dépression avec un risque suicidaire
- des troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, de la prise de décision

D'autres consommations excessives voire des addictions sont fréquemment associées (cannabis, alcool, tabac, cocaïne...) [2] [6].

Autres substances fréquemment associées

Poppers

- *Caractérisation du produit*

Les poppers sont des substances légalement autorisées qui dilatent les vaisseaux sanguins. Il s'agit de préparations contenant essentiellement des nitrites, de l'éthanol, et des huiles essentielles en solution dans des solvants. Ils sont présentés sous forme de petites bouteilles ou de flacons en verre coloré. Les vapeurs de poppers se consomment par voie intranasale car ce sont des substances volatiles à température ordinaire. Après inhalation, les effets surviennent rapidement et durent 2 à 3 minutes. Les poppers sont utilisés à visée aphrodisiaque et euphorisante. Ils entraînent une sensation de chaleur, une tachycardie, une ivresse passagère. Des céphalées et des vertiges sont possibles [2]. Bien que la plupart du temps, l'usage ponctuel de poppers à visée de stimulation sexuelle ne constitue pas en soi une pratique considérée comme du *Chemsex* (voire partie 1), il a été décrit des situations exceptionnelles d'usage massif et isolé de poppers se rapportant à du *Chemsex*. Il existe différentes dénominations pour ces produits comme « *Pop* », « *Jungle* » et des noms commerciaux comme *Jungle Juice*®, *Pig Juice*®, *Rush*®, *Fuck Me*®, *Hot*®, *Bronx*®, *Girly Power*®...

- *Risques et dommages pour la santé*

Consommation aiguë	Consommation chronique (complications de gravité variable)
• Brûlures des parois nasales • Des troubles oculaires sont possibles quelques minutes à quelques jours après inhalation (baisse de la vue, tâches lumineuses, scintillantes, éblouissements) • Maculopathie séquellaire (rare) • Hypoxie par ses propriétés méthémoglobinisantes	• Problèmes dermatologiques : éruptions, lésions érythémateuses au niveau du nez et de la bouche induites par des brûlures • Écoulement nasal, inflammations des muqueuses nasales, crises d'éternuement • Trouble de l'érection • Dépression respiratoire

Médicaments facilitant l'érection

Pour contrebalancer les effets des psychostimulants sur la fonction érectile, les médicaments inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5, indiqués dans les dysfonctions érectiles, car facilitant l'érection, comme le sildéfil (Viagra®), ou le tadalafil (Cialis®), peuvent être utilisés. Ainsi, dans une étude relativement récente, 6% des sujets HSH ou bisexuels pratiquant le Chemsex en Australie rapportaient utiliser ce type de produits en lien avec les pratiques de Chemsex [26]. Le plus souvent, ces médicaments sont achetés sur Internet, sans prescription médicale. En outre, il existe d'autres produits parapharmaceutiques en vente libre, comme par exemple Maximenpills®, Golden Tab®, qui sont présentés comme de simples mélanges de plantes. Cependant des analyses ont montré qu'ils pouvaient contenir des doses parfois dangereuses de principes actifs des médicaments mentionnés au-dessus (sildénafil, tadalafil...). Ces produits, surtout lorsqu'ils sont consommés avec d'autres produits psychostimulants, majorent le risque cardiovasculaire [6, 24].

Alcool, cannabis, et autres drogues

L'alcool, le cannabis, et plus marginalement de nombreuses autres substances psychoactives peuvent être consommées en association avec les substances classiquement associée au Chemsex. Ainsi, une étude irlandaise de 2015 a retrouvé que 58% de sujets pratiquant le Chemsex déclaraient que le *Binge Drinking* (abus répétés d'alcool) était leur mode de consommation d'alcool habituel [27]. Le chloraéthyl (éthylchlorure) ou encore "Dr Henning", "la bombe", pourrait être utilisée par des personnes qui pratiquent le fist-fucking. Comme on l'a vu, ces substances peuvent participer aux effets relaxants ou désinhibiteurs des produits utilisés dans le cadre du Chemsex. Les associations de substances majorent certains risques, notamment, les risques d'intoxication aigue, les risques comportementaux (agressivité, violences), et les risques psychosociaux (accidents, agressions, etc...).

Références

1. Karila, L., et al., *Synthetic cathinones: a new public health problem*. Curr Neuropsychopharmacol, 2015. **13**(1): p. 12-20.
2. Karila, L., *Addictions : Dites-leur adieu !* Eds Mango. 2019.
3. Donnadieu-Rigole, H., et al., *Complications Related to Sexualized Drug Use: What Can We Learn From Literature?* Front Neurosci, 2020. **14**: p. 548704.
4. Karila, L., et al., *[Gamma-hydroxybutyric acid (GHB): more than a date rape drug, a potentially addictive drug]*. Presse Med, 2009. **38**(10): p. 1526-38.
5. Karila, L. and M. Reynaud, *GHB and synthetic cathinones: clinical effects and potential consequences*. Drug Test Anal, 2011. **3**(9): p. 552-9.
6. OFDT, *CHEMSEX, SLAM - Renouvellement des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH* - <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmxx7.pdf> 2017
7. Karila, L., et al., *[Synthetic drugs: the new low-cost landscape of drugs]*. Rev Prat, 2012. **62**(5): p. 664-6.
8. Karila, L., et al., *MDPV and alpha-PVP use in humans: The twisted sisters*. Neuropharmacology, 2017.
9. JO, *Arrêté du 27 juillet 2012 modifiant les arrêtés du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et la liste des substances psychotropes*. 2012.

10. Coppola, M. and R. Mondola, *Synthetic cathinones: chemistry, pharmacology and toxicology of a new class of designer drugs of abuse marketed as "bath salts" or "plant food"*. Toxicol Lett, 2012. **211**(2): p. 144-9.
11. Sande, M., et al., *Patterns of NPS Use and Risk Reduction in Slovenia*. Subst Use Misuse, 2018: p. 1-9.
12. Prosser, J.M. and L.S. Nelson, *The toxicology of bath salts: a review of synthetic cathinones*. J Med Toxicol, 2012. **8**(1): p. 33-42.
13. Cameron, K., et al., *Mephedrone and methylenedioxypyrovalerone (MDPV), major constituents of "bath salts," produce opposite effects at the human dopamine transporter*. Psychopharmacology (Berl), 2013.
14. Cottencin, O., B. Rolland, and L. Karila, *New designer drugs (synthetic cannabinoids and synthetic cathinones): review of literature*. Curr Pharm Des, 2014. **20**(25): p. 4106-11.
15. Joksovic, P., et al., *"Bath salts"-induced psychosis and serotonin toxicity*. J Clin Psychiatry, 2012. **73**(8): p. 1125.
16. Van Hout, M.C. and T. Bingham, *"A costly turn on": patterns of use and perceived consequences of mephedrone based head shop products amongst Irish injectors*. Int J Drug Policy, 2012. **23**(3): p. 188-97.
17. Watterson, L.R., et al., *Potent rewarding and reinforcing effects of the synthetic cathinone 3,4-methylenedioxypyrovalerone (MDPV)*. Addict Biol, 2012.
18. Karila, L. and M. Reynaud, *[Mephedrone: A designer drug legally available on the Web]*. Presse Med, 2010. **39**(7-8): p. 834-5.
19. Zaami, S., et al., *Synthetic cathinones related fatalities: an update*. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2018. **22**(1): p. 268-274.
20. Karila, L., et al., *[Cocaine addiction: current data for the clinician]*. Presse Med, 2014. **43**(1): p. 9-17.
21. HAS, *Recommandations de bonnes pratiques : Consommation de Cocaïne : Stratégies de prise en charge du consommateur*. 2010.
22. Karila, L. and M. Reynaud, *Addiction à la cocaïne*. Flammarion Médecine-Sciences, ed. F. Médecine-Sciences. 2009, Paris: Flammarion Médecine-Sciences.
23. Jovanovski, D., S. Erb, and K.K. Zakzanis, *Neurocognitive deficits in cocaine users: a quantitative review of the evidence*. J Clin Exp Neuropsychol, 2005. **27**(2): p. 189-204.
24. RESPADD, *Chemsex. Livret d'information pour les professionnel[le]s et les intervenant[le]s de santé*. <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/04/Chemsex-BAT5.pdf> 2016.
25. Karila, L., et al., *[Methamphetamine dependence: Consequences and complications]*. Presse Med, 2010. **39**(12): p. 1246-53.
26. Hammoud, M.A., et al. *The new MTV generation: Using methamphetamine, Truvada™, and Viagra™ to enhance sex and stay safe*. Int J Drug Policy. 2018. **55**: p197-204.
27. Glynn, R.W., et al. *Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland*. Int J Drug Policy. 2018. **52**: p9-15.

Question 4

Préciser les pathologies concernées et favorisées par ses pratiques sexuelles

Introduction

Le *Chemsex*, aussi appelé « *party and play* » dans certains pays anglo-saxons (Australie, Canada, Etats-Unis), est l'utilisation de substances psychoactives en contexte sexuel. Sa définition au sein des pratiques de l'usage de drogues en contexte sexuel s'affine avec le temps et se définit plus spécifiquement vis-à-vis d'une population donnée et de substances spécifiques. Elle concerne ainsi essentiellement les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). La prévalence de ces pratiques chez les HSH est extrêmement difficile à établir principalement par l'absence de données sur la population totale des HSH et de par les différences de définitions en fonction des pays.

Chez les populations HSH, elles varieraient de 3 à 31% vie entière et de 0.4% à 16.3% sur le dernier mois en fonction du pays, de l'utilisation d'applications de rencontre ou le fait de vivre ou pas avec le VIH (1-3). Dans le *Chemsex*, l'utilisation de drogues peut se faire par voie intraveineuse et est alors appelée *Slam*. La fréquence du *Slam* est extrêmement variable selon les études, allant de 2% à 91% des personnes potentiellement concernées, ceci étant lié aux modalités de recrutement et aux questions posées qui sont très différentes selon les études (4). Par exemple, 2% correspondait à une étude transversale française utilisant un auto-questionnaire réalisé auprès des HSH fréquentant des lieux de rencontre gay (5) et 91% une étude de cohorte australienne spécifique à des HSH (6). Pour les autres sujets sexuellement actifs hors-HSH, c'est-à-dire des sujets hétérosexuels et des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes, ayant une pratique d'injection intraveineuse de substance psychoactive associée au *Chemsex* (méphédron), la fréquence du *Slam* varie de 7% à 14% (4).

Dans ce chapitre, seules les complications liées à l'utilisation de drogues chez les HSH seront abordées car nous ne disposons que de très peu voire aucune données ont été publiées portant sur des populations hétérosexuelles.

Rappel sur les principales drogues utilisées dans le *Chemsex*

Pour plus de précisions, voir Question 3.

Les principales drogues utilisées sont ; la méthamphétamine, les cathinones, le gamma butyrolactone/gamma hydroxybutyrate (GBL/GHB) et la kétamine. Ces substances ont pour but de faciliter l'accès à la sexualité, de proposer une grande endurance durant les sessions sexuelles et de désinhiber afin d'accéder à des pratiques sexuelles plus « extrêmes » (7). Internet a favorisé l'émergence de ces pratiques dans les années 2000, suite à l'arrivée des applications de géolocalisation et à la possibilité d'obtenir les nouvelles drogues de synthèse via ce média (8, 9).

En France, les principales drogues utilisées sont les cathinones de synthèse (10, 11), dont le chef de file est la méphédron ou 4-MMC (4-méthylmethcathinone). Elles provoquent une euphorie et ont des propriétés empathogène et entactogène qui facilitent les rencontres et les performances sexuelles. Néanmoins, elles ont aussi un potentiel addictogène, en effet environ 30% de personnes les utilisent dans un contexte de trouble de l'usage (12, 13). Dans une

étude française qui portait sur les notifications spontanées de 34 cas de slam collectées au centre d'Addictovigilance de Nantes et qui s'appuyait sur les critères du DSM-5 (14), il a été montré qu'un trouble d'usage de cathinone était présent chez presque la majorité des sujets (88%) (11). Ce trouble était d'intensité sévère pour les trois cinquièmes des slameurs (58%) et il apparaissait rapidement après le début de la pratique (durée médiane de 3 ans). Leur utilisation est susceptible d'engendrer des complications cardiaques, psychiatriques et neurologiques dont certaines peuvent être fatales (15, 16). En particulier, les cathinones de synthèse peuvent induire un syndrome clinique associé à une hyperthermie, appelé « agitated delirium » ou « excited delirium ». Ce syndrome associe des signes de paranoïa, une agitation sévère et des comportements violents. Il peut se compliquer d'une défaillance multiviscérale évoluant vers un décès (17).

Les cathinones sont parfois utilisées en association avec d'autres drogues durant les sessions sexuelles. La méthamphétamine, première substance à avoir été utilisée dans le monde dans un contexte de *Chemsex*, a de puissantes propriétés psychostimulante et addictogène (18). Les cathinones et la méthamphétamine sont chimiquement proches. Elles sont responsables de nombreuses complications cardiaques, psychiatriques, neurologiques, et dentaires.

Le GBL/GHB, est un dépresseur du système central, qui a un double effet stimulant et sédatif. En cas de surdosage (également appelé « G-Hole » par les usagers), il peut conduire au coma et au décès (19). Entre 2014 et 2015, une augmentation de 119 % de la proportion de décès associés au GHB a été observée à Londres dans un contexte de *Chemsex*, contre 25 % pour les décès associés à la cocaïne (19). Dans l'étude française portant sur les cas de slam rapportés au centre d'Addictovigilance de Nantes, 47% des slameurs déclaraient consommer du GHB/GBL (11). Son utilisation régulière est responsable d'altérations cognitives sur la mémoire et la gestion des émotions ainsi que d'un risque de dépendance (20).

Enfin la kétamine est utilisée pour son effet euphorisant et dissociatif. Les principales complications sont psychiatriques, et notamment le « K-Hole » qui se caractérise par un épisode de « trou noir » où les personnes décrivent des hallucinations terrifiantes ainsi que des phénomènes de dissociations intenses, les amenant à consulter aux urgences. D'autres complications uro-néphrologiques sont fréquemment décrites (21).

Des médicaments contre les dysfonctions érectiles sont utilisés durant la pratique du *Chemsex* pour contrebalancer les effets des drogues, ces médicaments sont principalement le Tadalafil et le Sildénafil (inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5). Leurs principaux effets secondaires sont des céphalées, des rougeurs du visage et des douleurs abdominales. Dans certaines conditions d'association avec d'autres substances comme les poppers, ils peuvent entraîner des complications cardio-vasculaires qui s'ajoutent à celles déjà associés aux drogues de synthèse utilisées dans la pratique du *Chemsex*. En effet, l'association des cathinones, substances à forte propriété adrénergique, avec du Sildénafil et un vasodilatateur (comme les poppers) augmenterait considérablement le risque cardiovasculaire (11). Ainsi des conseils de choix de la molécule et du rythme des prises sont importants à donner aux usagers en termes de réduction des risques et des dommages.

Conséquences de l'usage de substances dans le cadre du Chemsex

Récemment, les complications liées au *Chemsex* et rapportés au réseau des centres français d'addictovigilance ont été synthétisées (10). Deux cent trente-cinq cas de *Chemsex*, incluant 24 décès (10.2%) ont été analysés représentant la consommation de 345 substances psychoactives. Les principales substances psychoactives étaient les cathinones de synthèse (71% des cas, principalement 4-méthyl-N-éthylcathinone (34%), 3-méthylmethcathinone (26%) et mephedrone (26%). Les autres principales substances retrouvées étaient la cocaïne (31%), la GHB/GBL (15%) et les poppers (14%).

Les principales complications rapportées étaient : apparition rapide de trouble de l'usage (63% des cas), troubles neurologiques aigus (50%), troubles cardiovasculaires (50%), troubles

psychiatriques (39%) et complications infectieuses (18%, incluant 11 cas de séroconversion, huit VHC, un VIH et deux VIH/VHC).

La GBL était retrouvée dans 95% des cas de coma (n=22).

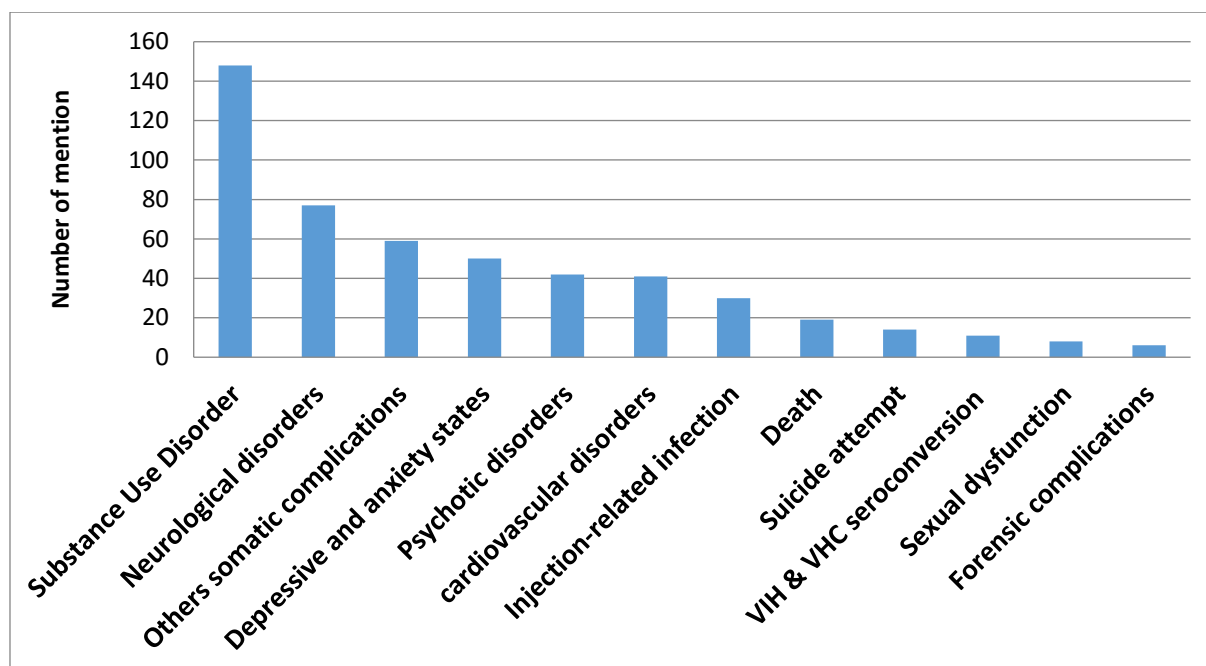


Table 1 : Principales complications liées au *Chemsex* rapportées au réseau national des centres d'addictovigilance entre 2008 et 2017 (10).

Dans l'étude des cas de slam rapportés au centre d'Addictovigilance de Nantes, 65% des slameurs présentaient des conséquences sur leur santé liées à l'usage de cathinones (conséquences psychiques pour 26% et physiques pour 39%) et ils étaient 53% à déclarer des conséquences socioprofessionnelles (11).

Les principaux risques en lien avec les substances et les pratiques sexuelles liées au *Chemsex* sont les risques infectieux liés aux pratiques sexuelles ou à l'injection de substances, les risques psychosociaux en lien avec notamment avec les processus addictifs, et les risques psychiatriques en lien avec les usages de substances psychoactives.

- *Infections sexuellement transmissibles (IST)*

L'utilisation de ces drogues, par voie intra-nasale, par voie intra-veineuse ou en « plug » (voie intra-rectale) ainsi que les pratiques sexuelles majorent le risque de transmission des infections sexuellement transmissibles et du virus de l'hépatite C (6, 22, 23).

Le risque infectieux lié au *Chemsex* peut s'expliquer de plusieurs façons ; les pratiques sexuelles : rapports sans préservatifs, multiplicité des partenaires, pratiques sexuelles dites « hard » (Bondage et Discipline, Domination et Soumission (BDSM), et fist), mais aussi les pratiques de consommation de drogues : partage du matériel d'injection ou d'inhalation (3). Beaucoup d'HSH ignorent encore les pratiques d'injections sécurisées et les programmes d'échanges de seringues.

Une étude, ayant interrogé 30 hommes pratiquant le *Chemsex*, décrit qu'un quart des HSH choisissent de ne pas utiliser de préservatifs et ont comme perception que le sexe sans préservatifs est la norme parmi les hommes gays dans une expérience de *Chemsex* (pratiques dites « Bareback »).

Les principaux risques infectieux sont les suivants :

a. Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)

Plusieurs études montrent le lien entre *Chemsex* et VIH (24, 25). Une étude décrivant une population de 392 HSH dont 102 pratiquent le *Chemsex* (26) montre que chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) avec une charge virale détectable environ un dixième ont des rapports sérodiscordants (sérologie VIH différente), ou avec un statut VIH inconnu, ont un plus grand nombre de partenaires occasionnels et 40 % de cet échantillon a eu une infection sexuellement transmissible sur la dernière année. Le *Chemsex* est décrit comme associé à une prise suboptimale du traitement antirétroviral chez les PVVIH (27).

Concernant la pratique du slam, une revue de la littérature récente retrouve que la prévalence des sujets séropositifs au VIH variait largement d'une étude à l'autre (0.6% - 100%) (4). Parmi les 20 études ayant exploré le statut VIH chez les slameurs, la prévalence était supérieure à 50% pour 14 études et une étude retrouvait que le risque d'être infecté par le VIH était 5 fois plus élevé chez eux (5).

La contamination par le VIH serait à la fois une conséquence et un facteur de risque des pratiques de *Chemsex*. Dans l'étude des cas de slam rapportés à l'Addictovigilance de Nantes, 82% des sujets étaient infectés par le VIH (11). La mise en œuvre progressive de la prévention combinée du VIH est nécessaire, elle doit combiner : 1) la fourniture de préservatifs, 2) l'intensification du dépistage fréquent du VIH, 3) le traitement antirétroviral (ARV) rapidement après le diagnostic (rapid Test and Treat), et 4) la prophylaxie pré-exposition (PrEP) aujourd'hui disponible en ville, et la prophylaxie post-exposition (PeP), 5) des méthodes de prévention adaptées aux pratiques les plus à risques (fistfucking, pratiques SM...) 6) un dépistage et un traitement des IST régulier (cf Plan de santé sexuelle 2017-2030: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf); 7) une stratégie de dépistage une fois dans la vie en population générale et répétées selon les groupes de transmission (cf Rapport HAS 2017 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france) avec à termes notification des partenaires . Ces méthodes combinées ont été identifiées comme les principaux moteurs de la baisse de l'incidence du VIH chez les HSH (27).

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est une stratégie innovante de prévention du VIH pour les personnes à risque de contracter le VIH, telles que les HSH s'engageant dans des relations sexuelles à risque. La PrEP contient de l'emtricitabine et du ténofovir disoproxil, qui sont des médicaments antirétroviraux déjà largement utilisés dans le traitement contre le virus du VIH. Des travaux suggèrent que le *Chemsex* n'est pas un obstacle à une observance optimale de la PrEP et que celle-ci reste un moyen de prévention efficace contre le VIH chez les HSH avec des rapports sexuels à risques (27).

Une autre étude met en évidence que les HSH prenant la PrEP et pratiquant le *Chemsex* ont plus de prises de risque, plus de partenaires occasionnels mais une meilleure perception du risque et une bonne utilisation de la PrEP (28). De plus, les HSH qui s'engagent dans le *Chemsex* sont décrits comme plus susceptibles d'être sous PrEP que ceux n'ayant pas ce type d'activité sexuelle (29). On retrouve un résultat similaire dans l'étude française de Trouiller et al., un tiers des slameurs déclaraient avoir recours à la PrEP et cela beaucoup plus fréquemment que les participants qui ne pratiquaient pas le slam (5).

Concernant le slam, une étude britannique retrouvait que le risque d'avoir une pratique sexuelle avec transaction, c'est-à-dire des rapports rémunérés en argent ou en substances, était deux fois plus élevé chez les slameurs (30). D'après 6 études, 66% à 93% des slameurs déclaraient avoir des rapports sexuels non protégés et le risque était 2 à 6 fois plus élevés que chez les HSH ne pratiquant pas le slam (5, 6, 26, 31-33). Deux études retrouvaient qu'ils étaient de 30 à 60% des slameurs à avoir plus de 10 partenaires sexuels dans les 6 mois précédents et une étude rapportait que pratiquer le slam était significativement associé au sexe en groupe (5, 6, 31). Par ailleurs, une étude britannique retrouvait que pratiquer le *Chemsex* était associé à un risque 8 fois plus élevé d'avoir des rapports anaux sans préservatif avec plus de 10 partenaires au cours des 12 derniers mois (34).

Les études suggèrent donc que les HSH qui pratiquent le slam ont un nombre élevé de partenaires sur la dernière année, plus de rapports anaux non protégés et ont plus fréquemment des pratiques sexuelles extrêmes dites « hard » que les autres groupes d'usagers des études, c'est à dire ceux ne pratiquant pas le slam.

Enfin, la proportion de patients vivants avec le VIH était quatre fois plus fréquente chez les slameurs que dans les autres groupes de pratique à risque sexuelle (5).

b. Les autres IST

L'état sous drogue facilite les pratiques invasives menant à des complications telles que des infections d'origines digestives à *Shigella* et des abcès (35, 36). Les autres infections bactériennes plus classiques rencontrées chez les personnes pratiquant le Chemsex correspondent à des infections à syphilis, *chlamydia trachomatis* ou *neisseria gonorrhoeae*. La consommation de plusieurs drogues en contexte sexuel chez les HSH est associée à un sur-risque d'infections bactériennes sexuellement transmissibles (37).

Les HSH qui s'injectent de la méthamphétamine sont plus à risque de présenter une infection par syphilis (11.1% contre 2.4%), *chlamydia trachomatis* ou *neisseria gonorrhoeae* (12.7% contre 4.9%) dans les douze derniers mois par rapport à ceux ne consommant pas de drogues (38). Des résultats similaires ont été retrouvés dans d'autres études où pratiquer le slam était significativement associé à la présence d'une IST et les slameurs présentaient un risque d'IST 6 fois plus élevé (4, 11, 26, 39).

c. L'hépatite C (VHC)

Le risque d'infection par le VHC augmente en cas de consommation de drogues par voie intraveineuse, de rapports sexuels traumatiques, en groupe, ou s'il y a association avec le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles (23,33). Dans l'étude de Vaux et al., la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C était de 0,7 % et elle passait à 3 % chez des HSH infectés par le VIH (23). Spécifiquement chez les slameurs, la prévalence au VHC variait largement (3 - 100%) selon les études et il était retrouvé que les slameurs étaient de 9 à 14 fois plus susceptibles d'être infectés par le VHC (4). La prévalence dans ces populations de HSH était significativement plus élevée chez les adeptes du slam avec ou sans partage du matériel d'injection, chez les sujets pratiquant le *fist*, ayant des rapports non protégés avec des partenaires occasionnels rencontrés via des applications de rencontre, et chez ceux ayant plus de 10 partenaires sexuels sur la dernière année (4, 23).

Ainsi, les sujets pratiquant le Chemsex s'exposent à des IST bactériennes et virales avec en particulier un haut risque de contamination et de transmission du VIH et du VHC. Les pratiques sexuelles sont majoritairement non protégées, en groupe et avec de multiples partenaires. Le recours à du sexe avec transaction est une pratique fréquente. De plus, il s'agit d'une population adepte de pratiques sexuelles telles que le *fist-fucking* (rapport sexuel ano-brachial) ou les jeux urologiques et scatologiques. Ces comportements sexuels peuvent exposer à un plus grand risque de transmissions de virus et d'infections gastro-intestinales (*Shigella flexneri* en particulier).

• *Risques psycho-sociaux*

Dès 2010, on assiste en France à une apparition de signaux sanitaires révélant des usages problématiques de cathinones en contexte sexuel (40). Des demandes de soins ont émergé auprès des acteurs du champ de la psychiatrie et de l'addictologie pour des patients ne se reconnaissant pas vraiment comme des usagers de drogues (40-43). Depuis près de 10 ans, l'inquiétude est croissante concernant les liens entre la pratique du Chemsex et les risques psychiques mais aussi socio-professionnels.

On retrouve dans la littérature que la pratique du slam était associée au fait d'avoir un emploi à temps plein, mais les slameurs étaient 4 fois plus susceptibles de connaître des difficultés financières et étaient moins susceptibles d'avoir un diplôme universitaire (5, 32). L'étude de Trouiller et al. a montré que la pratique du slam était un facteur de risque de présenter un

score plus bas de santé mentale par rapport aux non slameurs (5). Par ailleurs, toujours dans cette même étude, l'usage d'un antidépresseur dans les 12 derniers mois était significativement plus élevé chez les slameurs que chez ceux ne le pratiquant pas (5). Dans l'étude de Schreck et al. portant sur une population de slameurs français, 18% rapportaient un antécédent de trouble de l'humeur (11). De plus, de nombreux symptômes liés à la pratique étaient retrouvés à distance des consommations, notamment une tristesse (56%), une anxiété (33%), une asthénie (33%), une perte de confiance en soi (33%), une apathie (22%) et des idées suicidaires (11%) (11). Dans cette même étude, le critère « l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance » était le troisième critère du trouble d'usage de substance (DSM-5) le plus fréquemment retrouvé chez ces usagers (70%) (11). Enfin, 44% des sujets rapportent une séparation conjugale et 24% une perte d'emploi liés à la pratique du slam (11).

Une étude irlandaise démontrait également que 25% des HSH interrogés constataient que le Chemsex avait un effet négatif sur leur vie (44). Dans un questionnaire anonyme distribué dans une clinique de santé sexuelle à Nottingham, au Royaume-Uni, 60 % des participants HSH engagés dans le Chemsex signalaient des antécédents de dépression ou d'anxiété (45). Des épisodes dépressifs, anxieux ou délirants à court terme après la pratique du Chemsex, ont également été décrits (46). Par ailleurs, la récente étude de Berg et al., montre que les hommes qui pratiquent le Chemsex ont deux fois plus de risque d'avoir une moins bonne santé mentale et que cela concerne un cinquième des sujets (47). En outre, une étude américaine portant sur un échantillon de HSH séropositifs et séronégatifs au VIH suggérait un lien entre la présence d'une dépression et la prise de risque sexuelle, notamment de rapports sexuels non protégés et de consommation de drogue en contexte sexuel (48). Cette étude montrait également que la prise de risque pouvait correspondre à une stratégie de *coping* face à la dépression et que plus la dépression était sévère, plus le risque de transmission du VIH était élevé (48). L'utilisation massive de réseaux de rencontre en ligne ou d'applications de rencontre a profondément modifié les modalités relationnelles affectives ou sexuelles, en particulier dans le milieu HSH. Leur usage excessif est associé à une baisse du bien-être et de la qualité de vie, à des troubles dépressifs, à une plus grande consommation de substances et à une moindre qualité du sommeil. Ces facteurs de vulnérabilité associés à l'usage des applications de rencontre pourraient donc jouer un rôle aggravant dans l'initiation et le maintien de la pratique du Chemsex chez les HSH, mais aussi pour les autres groupes de population, qui utilisent également ce type d'outils de rencontre de manière massive (49).

Ainsi, est-ce la pratique du Chemsex qui cause ces troubles psychiques ou est-ce ceux-ci qui créent une vulnérabilité vis à vis de la consommation de drogues en contexte sexuel ?

Des études ont tenté des modèles explicatifs, il a été décrit que de nombreux participants s'engagent dans l'usage de drogues durant des rapports sexuels afin de surmonter la honte entourant les relations sexuelles avec d'autres hommes (50). Ceci serait lié au contexte actuel où les HSH sont stigmatisés, dans une société où l'homophobie reste présente en population générale. En effet, des travaux ont permis d'identifier la fonction de ce comportement qui permet une mise à distance voire une libération des sujets vis-à-vis ; de la stigmatisation, de la dépression, de l'isolement social, de l'homophobie, de l'insécurité intérieure et des angoisses (51-53). C'est pourquoi il est actuellement recommandé de proposer des accompagnements psychologiques ou psychiatriques adaptés, dans le cadre des suivis de certains usagers avec pratiques de *Chemsex* (4, 5, 47, 54-59). Il paraît également légitime d'aborder lors de la relation singulière qu'est la consultation, la notion du consentement aux rapports sexuels, qui peut être parfois entravé par la prise de substances psychoactives.

- *Risques psychiatriques*

Les risques psychiatriques aigus sont principalement liés aux usages de substances psychoactives, mais aussi, de manière plus générale. Ainsi l'étude allemande *German Chemsex Survey*, a retrouvé que sur 280 sujets HSH pratiquant le *Chemsex*, 13% rapportaient des symptômes psychotiques après la consommation de substances, en particulier des hallucinations auditives et des idées de persécution (60).

La population pratiquant le *Chemsex* paraît d'une manière plus générale, davantage exposée à des problématiques psychiatriques. Ainsi, dans une étude récente (61), la fréquence de symptômes anxieux et dépressifs étaient plus élevée chez les sujets HSH pratiquant le *Chemsex* par rapport à ceux qui ne le pratiquaient pas : 12% avaient des scores supérieurs à 10 à l'échelle PHQ-9, indiquant des symptômes dépressifs cliniquement significatifs (deux fois plus qu'en population générale allemande), 8% avaient des scores supérieurs à 10 à l'échelle GAD, indiquant des symptômes anxieux cliniquement significatifs, 13,5% avaient des scores supérieurs à 10 à l'échelle PHQ-15, indiquant des symptômes de somatisation cliniquement significatifs, 12% des symptômes d'états de stress post-traumatiques cliniquement significatifs ; 77% d'entre eux ont rapporté des événements de vie traumatisants (accident grave, maladie ayant engagé le pronostic vital, violence physique subie). A noter dans cette étude que 18% des sujets ont rapporté ne pas avoir consenti à la consommation de drogues, et 15% avoir rapporté avoir subi de la violence lors des pratiques de *Chemsex* (61).

Références

1. Edmundson, C., Heinsbroek, E., Glass, R., Hope, V., Mohammed, H., White, M., & Desai, M. (2018a). Sexualised drug use in the United Kingdom (UK) : A review of the literature. *Int J Drug Policy*, 55, 131-148.
2. Elliot, E. R., Singh, S., Tyebally, S., Gedela, K., & Nelson, M. (2017). Recreational drug use and Chemsex among HIV-infected in-patients : A unique screening opportunity. *HIV Med*, 18(7), 525-531.
3. Maxwell, S., Shahmanesh, M., & Gafos, M. (2019). Chemsex behaviours among men who have sex with men : A systematic review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 63, 74-89. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014>
4. Schreck, B., Victorri-Vigneau, C., Guerlais, M., Laforgue, E., & Grall-Bronnec, M. (2020). Slam Practice : A Review of the Literature. *European Addiction Research*, 1-18. <https://doi.org/10.1159/000511897>
5. Trouiller, P., Velter, A., Saboni, L., Sommen, C., Sauvage, C., Vaux, S., Barin, F., Chevaliez, S., Lot, F., & Jauffret-Roustide, M. (2020). Injecting drug use during sex (known as “slamming”) among men who have sex with men : Results from a time-location sampling survey conducted in five cities, France. *International Journal of Drug Policy*, 79, 102703. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102703>
6. Bui, H., Zablotska-Manos, I., Hammoud, M., Jin, F., Lea, T., Bourne, A., Iversen, J., Bath, N., Grierson, J., Degenhardt, L., Prestage, G., & Maher, L. (2018). Prevalence and correlates of recent injecting drug use among gay and bisexual men in Australia : Results from the FLUX study. *Int J Drug Policy*, 55, 222-230.
7. Giorgetti, R., Tagliabracci, A., Schifano, F., Zaami, S., Marinelli, E., & Busardò, F. P. (2017). When « Chems » Meet Sex : A Rising Phenomenon Called « Chemsex ». *Current Neuropharmacology*, 15(5), 762-770. <https://doi.org/10.2174/1570159X15666161117151148>
8. Garofalo, R., Herrick, A., Mustanski, B. S., & Donenberg, G. R. (2007). Tip of the Iceberg : Young men who have sex with men, the Internet, and HIV risk. *American Journal of Public Health*, 97(6), 1113-1117. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.075630>
9. Grov, C., Breslow, A. S., Newcomb, M. E., Rosenberger, J. G., & Bauermeister, J. A. (2014). Gay and Bisexual Men's Use of the Internet : Research from the 1990s through 2013. *The Journal of Sex Research*, 51(4), 390-409. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.871626>
10. Batisse, A., Eiden, C., Deheul, S., Monzon, E., Djeddar, S., & Peyrière, H. (2021). Chemsex practice in France : An update in Addictovigilance data. *Fundamental & Clinical Pharmacology*, fcp.12725. <https://doi.org/10.1111/fcp.12725>
11. Schreck, B., Guerlais, M., Laforgue, E., Bichon, C., Grall-Bronnec, M., & Victorri-Vigneau, C. (2020). Cathinone Use Disorder in the Context of Slam Practice : New Pharmacological and Clinical Challenges. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00705>
12. Dargan, P. I., Sedefov, R., Gallegos, A., & Wood, D. M. (2011). The pharmacology and toxicology of the synthetic cathinone mephedrone (4-methylmethcathinone). *Drug Testing and Analysis*, 3(7-8), 454-463. <https://doi.org/10.1002/dta.312>
13. Winstock, A., Mitcheson, L., Ramsey, J., Davies, S., Puchnarewicz, M., & Marsden, J. (2011). Mephedrone : Use, subjective effects and health risks. *Addiction (Abingdon, England)*, 106(11), 1991-1996. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03502.x>
14. American Psychiatric Association (Éd.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
15. Busardò, F. P., Kyriakou, C., Napoletano, S., Marinelli, E., & Zaami, S. (2015). Mephedrone related fatalities : A review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 19(19), 3777-3790.
16. Riley, A. L., Nelson, K. H., To, P., López-Arnau, R., Xu, P., Wang, D., Wang, Y., Shen, H., Kuhn, D. M., Angoa-Perez, M., Anneken, J. H., Muskiewicz, D., & Hall, F. S. (2019). Abuse potential and toxicity of the synthetic cathinones (i.e., “Bath salts”). *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.07.015>
17. Diestelmann, M., Zangl, A., Herrle, I., Koch, E., Graw, M., & Paul, L. D. (2018). MDPV in forensic routine cases : Psychotic and aggressive behavior in relation to plasma concentrations. *Forensic Science International*, 283, 72-84. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2017.12.003>
18. Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., Stone, J., Cunningham, E. B., Trickey, A., Dumchev, K., Lynskey, M., Griffiths, P., Mattick, R. P., Hickman, M., & Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV,

- HBV, and HCV in people who inject drugs: A multistage systematic review. *The Lancet. Global Health*, 5(12), e1192-e1207.
19. Hockenhull, J., Murphy, K. G., & Paterson, S. (2017). An observed rise in γ -hydroxybutyrate-associated deaths in London : Evidence to suggest a possible link with concomitant rise in Chemsex. *Forensic Science International*, 270, 93-97. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2016.11.039>
 20. Raposo Pereira, F., McMaster, M. T. B., Polderman, N., de Vries, Y. D. A. T., van den Brink, W., & van Wingen, G. A. (2018). Adverse effects of GHB-induced coma on long-term memory and related brain function. *Drug and Alcohol Dependence*, 190, 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.019>
 21. Morgan, C. J. A., Curran, H. V., & Independent Scientific Committee on Drugs. (2012). Ketamine use : A review. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(1), 27-38. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03576.x>
 22. Benotsch, E. G., Lance, S. P., Nettles, C. D., & Koester, S. (2012). Attitudes toward methamphetamine use and HIV risk behavior in men who have sex with men. *The American Journal on Addictions*, 21(Suppl 1), S35-S42.
 23. Vaux, S., Chevaliez, S., Saboni, L., Sauvage, C., Sommen, C., Barin, F., Alexandre, A., Jauffret-Roustide, M., Lot, F., & Velter, A. (2019). Prevalence of hepatitis C infection, screening and associated factors among men who have sex with men attending gay venues : A cross-sectional survey (PREVAGAY), France, 2015. *BMC Infectious Diseases*, 19, 315. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3945-z>
 24. Frankis, J., Flowers, P., McDaid, L., & Bourne, A. (2018). Low levels of Chemsex amongst men who have sex with men, but high levels of risk amongst men who engage in Chemsex : Analysis of a cross-sectional online survey across four countries. *Sexual health*, 15(2), 144-150. <https://doi.org/10.1071/SH17159>
 25. Kenyon, C., Wouters, K., Platteau, T., Buyze, J., & Florence, E. (2018b). Increases in condomless Chemsex associated with HIV acquisition in MSM but not heterosexuals attending a HIV testing center in Antwerp, Belgium. *AIDS Research and Therapy*, 15(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12981-018-0201-3>
 26. Pufall, E. L., Kall, M., Shahmanesh, M., Nardone, A., Gilson, R., Delpech, V., & Ward, H. (2018). Sexualized drug use ('Chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Medicine*, 19(4), 261-270. <https://doi.org/10.1111/hiv.12574>
 27. O'Halloran, C., Rice, B., White, E., Desai, M., Dunn, D. T., McCormack, S., Sullivan, A. K., White, D., McOwan, A., & Gafos, M. (2019). Chemsex is not a barrier to self-reported daily PrEP adherence among PROUD study participants. *International Journal of Drug Policy*, 74, 246-254. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.10.007>
 28. Roux P, Fressard L, Suzan-Monti M, Chas J, Sagaon-Teyssier L, Capitant C, Meyer L, Tremblay C, Rojas-Castro D, Pialoux G, Molina JM, Spire B. Is on-Demand HIV Pre-exposure Prophylaxis a Suitable Tool for Men Who Have Sex With Men Who Practice Chemsex? Results From a Substudy of the ANRS-IPERGAY Trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018 Oct 1;79(2):e69-e75.
 29. Drückler, S., van Rooijen, M. S., & de Vries, H. J. C. (2018). Chemsex Among Men Who Have Sex With Men : A Sexualized Drug Use Survey Among Clients of the Sexually Transmitted Infection Outpatient Clinic and Users of a Gay Dating App in Amsterdam, the Netherlands. *Sexually Transmitted Diseases*, 45(5), 325-331. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000753>
 30. Heinsbroek, E., Glass, R., Edmundson, C., Hope, V., & Desai, M. (2018). Patterns of injecting and non-injecting drug use by sexual behaviour in people who inject drugs attending services in England, Wales and Northern Ireland, 2013–2016. *International Journal of Drug Policy*, 55, 215-221.
 31. Dolengevich-Segal, H., Gonzalez-Baeza, A., Valencia, J., Valencia-Ortega, E., Cabello, A., Tellez-Molina, M. J., Perez-Elias, M. J., Serrano, R., Perez-Latorre, L., Martin-Carbonero, L., Arponen, S., Sanz-Moreno, J., De la Fuente, S., Bisbal, O., Santos, I., Casado, J. L., Troya, J., Cervero-Jimenez, M., Nistal, S., on Behalf of the U-SEX GESIDA 9416 Study. (2019). Drug-related and psychopathological symptoms in HIV-positive men who have sex with men who inject drugs during sex (slamsex) : Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *PLOS ONE*, 14(12), e0220272. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220272>
 32. Lea, T., Mao, L., Hopwood, M., Prestage, G., Zablotska, I., de Wit, J., & Holt, M. (2016). Methamphetamine use among gay and bisexual men in Australia : Trends in recent and regular use from the Gay Community Periodic Surveys. *International Journal of Drug Policy*, 29, 66-72.
 33. McFaul, K., Maghlaoui, A., Nzuruba, M., Farnworth, S., Foxton, M., Anderson, M., Nelson, M., & Devitt, E. (2015). Acute hepatitis C infection in HIV-negative men who have sex with men. *J Viral Hepat*, 22(6), 535-538.

34. Hibbert, M. P., Brett, C. E., Porcellato, L. A., & Hope, V. D. (2019). Psychosocial and sexual characteristics associated with sexualised drug use and Chemsex among men who have sex with men (MSM) in the UK. *Sexually Transmitted Infections*, 95(5), 342-350. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053933>
35. Edmundson, C., Heinsbroek, E., Glass, R., Hope, V., Mohammed, H., White, M., & Desai, M. (2018b). Sexualised drug use in the United Kingdom (UK) : A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 55, 131-148. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.002>
36. Gilbert, V. L., Simms, I., Gobin, M., Oliver, I., & Hughes, G. (2013). High-risk drug practices in men who have sex with men. *The Lancet*, 381(9875), 1358-1359.
37. Achterbergh, R. C. A., Drückler, S., van Rooijen, M. S., van Aar, F., Slurink, I. A. L., de Vries, H. J. C., & Boyd, A. (2020). Sex, drugs, and sexually transmitted infections : A latent class analysis among men who have sex with men in Amsterdam and surrounding urban regions, the Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 206, 107526. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.06.028>
38. Nerlander, L. M. C., Hoots, B. E., Bradley, H., Broz, D., Thorson, A., & Paz-Bailey, G. (2018). HIV infection among MSM who inject methamphetamine in 8 US cities. *Drug and Alcohol Dependence*, 190, 216-223. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.017>
39. Kenyon, C., Wouters, K., Platteau, T., Buyze, J., & Florence, E. (2018a). Increases in condomless Chemsex associated with HIV acquisition in MSM but not heterosexuals attending a HIV testing center in Antwerp, Belgium. *AIDS Research and Therapy*, 15(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12981-018-0201-3>
40. Pialoux, G., Fontaine, C., Poloméni, P., Rojas Castro, D., & Batel, P. (2012). *Swaps 67: Slam et cathinones*.
41. Batisse, A., Grégoire, M., Marillier, M., Fortias, M., & Djeddar, S. (2016). Usage de cathinones à Paris = Cathinones use in Paris. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 42(4), 354-360.
42. Grégoire, M. (2016). Slam, Chemsex et addiction sexuelle. *Psychotropes*, 22(3), 83. <https://doi.org/10.3917/psyt.223.0083>
43. Schreck, B., Grall-Bronnec, M., Guerlais, M., Joliet, P., & Victorri-Vigneau, C. (2017). Substances et SLAM : Quelle(s) dépendance(s) ? *Thérapie*, 72(1), 156-157. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2016.11.024>
44. Glynn, R. W., Byrne, N., O'Dea, S., Shanley, A., Codd, M., Keenan, E., Ward, M., Igoe, D., & Clarke, S. (2018). Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *International Journal of Drug Policy*, 52, 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.10.008>
45. Tomkins, A., George, R., & Kliner, M. (2019). Sexualised drug taking among men who have sex with men : A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 139(1), 23-33. <https://doi.org/10.1177/1757913918778872>
46. Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P., & Weatherburn, P. (2015). « Chemsex » and harm reduction need among gay men in South London. *The International Journal on Drug Policy*, 26(12), 1171-1176. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.013>
47. Berg, R. C., Amundsen, E., & Haugstvedt, Å. (2020). Links between Chemsex and reduced mental health among Norwegian MSM and other men : Results from a cross-sectional clinic survey. *BMC Public Health*, 20(1), 1785. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09916-7>
48. Alvy, L. M., McKirnan, D. J., Mansergh, G., Koblin, B., Colfax, G. N., Flores, S. A., Hudson, S., & Project MIX Study Group. (2011). Depression is Associated with Sexual Risk Among Men Who Have Sex with Men, but is Mediated by Cognitive Escape and Self-Efficacy. *AIDS and Behavior*, 15(6), 1171-1179. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9678-z>
49. Obarska K, Szymczak K, Lewczuk K, Gola M. (2020) Threats to mental health facilitated by dating applications use among men having sex with men. *Front Psychiatry*, 11:584548.
50. Tan, R. K. J., Phua, K., Tan, A., Gan, D. C. J., Ho, L. P. P., Ong, E. J., & See, M. Y. (2021). Exploring the role of trauma in underpinning sexualised drug use ('Chemsex') among gay, bisexual and other men who have sex with men in Singapore. *International Journal of Drug Policy*, 97, 103333. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103333>
51. Hurley, M., & Prestage, G. (2009). Intensive sex partying amongst gay men in Sydney. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 597-610. <https://doi.org/10.1080/13691050902721853>

52. Kurtz, S. P. (2005). Post-Circuit Blues : Motivations and Consequences of Crystal Meth Use Among Gay Men in Miami. *AIDS and Behavior*, 9(1), 63-72. <https://doi.org/10.1007/s10461-005-1682-3>
53. Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D., Torres-Rueda, S., & Bourne, A. (2017). Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs ('Chemsex') among gay men in South London : Findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 93(3), 203-206. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052695>
54. Bakker, I., & Knoop, L. (2018). Towards a continuum of care concerning Chemsex issues. *Sexual Health*, 15(2), 173. <https://doi.org/10.1071/SH17139>
55. Bourne, A., Ong, J., & Pakianathan, M. (2018). Sharing solutions for a reasoned and evidence-based response: Chemsex/party and play among gay and bisexual men. *Sexual Health*, 15(2), 99. <https://doi.org/10.1071/SH18023>
56. Deimel, D., Stöver, H., Höbelbarth, S., Dichtl, A., Graf, N., & Gebhardt, V. (2016). Drug use and health behaviour among German men who have sex with men : Results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduction Journal*, 13. <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0125-y>
57. Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., Ballesteros-López, J., & Molina-Prado, R. (2017). Chemsex An emergent phenomenon. *Adicciones*, 29(3), 207-209.
58. Schecke, H., Lea, T., Bohn, A., Köhler, T., Sander, D., Scherbaum, N., & Deimel, D. (s. d.). Crystal Methamphetamine Use in Sexual Settings Among German Men Who Have Sex With Men. *Frontiers in psychiatry*, 10, 886-886.
59. Sewell, J., Cambiano, V., Miltz, A., Speakman, A., Lampe, F. C., Phillips, A., Stuart, D., Gilson, R., Asboe, D., Nwokolo, N., Clarke, A., Hart, G., & Rodger, A. (2018). Changes in recreational drug use, drug use associated with Chemsex, and HIV-related behaviours, among HIV-negative men who have sex with men in London and Brighton, 2013-2016. *Sexually Transmitted Infections*, 94(7), 494-501. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2017-053439>.
60. Bohn, A., Sander, D., Köhler, T., Hees, N., Oswald, F., Scherbaum, N., Deimel, D., and Schecke, H. (2020). Chemsex and Mental Health of Men Who Have Sex With Men in Germany. *Front. Psychiatry* 11:542301. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.542301>
61. Miltz A.R., Rodger, A.J., Sewell, J., et al. (2017). Clinically significant depressive symptoms and sexual behavior among men who have sex with men. *BJPsych open*. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.003574>

Question 5

Préciser les besoins de recherche sur les interactions entre la PrEP et les traitements du VIH et les produits utilisés

Concernant la question précise des interactions entre médicaments anti VIH ou anti VHC et drogues dont les nouvelles drogues de synthèses, à ce jour, il existe en réalité peu de données, que ce soit sur des études d'interactions entre drogues et antiviraux, de relation dose/effet ou même sur la pharmacocinétique de ces nouvelles drogues.

Ainsi, les interactions potentiellement toxiques peuvent être uniquement théorisées, sans information sur le contenu réel des drogues et des produits de coupes utilisées et sans tenir compte de l'adaptation permanente de la chimie illégale des fabriquants aux lois de contrôle de la circulation des produits. La plupart des informations médicales sont issues de "case reports", lesquels ont rapportés des cas de décès sous méthamphétamine ou GHB [1,2]. Le risque de la co-administration de drogues ou autres substances psychoactives et d'antirétroviraux/anti-VHC ne doit donc pas être sous-estimé. Les antirétroviraux et anti-VHC sont pour la plupart très fortement métabolisés au niveau hépatique, faisant intervenir les isoenzymes du cytochrome P450 (CYP450) ou d'autres enzymes telles que les UDP-glucuronyl-transférase (UGT). De plus, certains d'entre eux ont des propriétés inhibitrices et/ou inductrices vis-à-vis de ces enzymes pouvant donc impacter la métabolisation d'une substance co-administrée, elle-même substrat de ces enzymes. Parmi les nouvelles drogues de synthèse consommées, nombreuses d'entre elles sont également métabolisées par les CYP450 et leur exposition sanguine est donc susceptible d'être modifiée par les antirétroviraux/anti-VHC. Le risque d'interaction est principalement d'ordre pharmacocinétique. Ce risque sera majeur avec les molécules qui sont des inhibiteurs puissants ou modérés de certains CYP450 (CYP3A4 ou CYP2D6 notamment) les boosters : ritonavir, cobicistat, les inhibiteurs de la protéase du VIH ou de la NS3/4A du VHC (siméprevir, paritaprèvir/ritonavir, grazoprevir, etc...) et même le Paxlovid en cours de développement contre la covid-19. Ces molécules, par augmentation de l'exposition des drogues, peuvent ainsi potentialiser leurs activités et conduire à un surdosage (overdose). Les cathinones sont majoritairement métabolisées par le CYP2D6, dont le ritonavir est un inhibiteur puissant et le cobicistat plus modéré. D'autres isoformes sont impliquées comme le CYP2C19, CYP1A2, CYP2B6, et CYP2C9 mais également de nombreuses protéines de transport rendant quasiment impossible la prédictibilité de l'interaction, compte tenu de la variabilité interindividuelle dans l'expression et les mécanismes de compensation entre les différentes voies métaboliques.

Si les personnes qui pratiquent le *Chemsex* présentent plus de pratiques à risque que les autres HSH, ils ont montré leur capacité à adopter des outils de prévention comme la PrEP. Une analyse secondaire issue des données de l'essai Ipergay a montré que les personnes pratiquant le *Chemsex* utilisaient plus fréquemment la PrEP et présentaient une bonne observance [3]. Ces données suggèrent que cet outil de prévention pourrait être une opportunité pour offrir d'autres outils de réduction des risques et services adaptés aux différents profils de personnes pratiquant le *Chemsex* et à leurs spécificités. En effet, un article récent conduit auprès de personnes pratiquant le *Chemsex* révèle que cette population, bien qu'hétérogène, présente des fragilités psychosociales fréquentes et spécifiques [4]. L'hétérogénéité des profils selon leur propre perception du *Chemsex* et leurs pratiques a été

clairement décrite grâce aux données de l'étude PAACX (données non-publiées mais présentées en webinaire). Cette étude appuie la nécessité de proposer une diversité d'outils de prévention qui pourraient être mobilisés par les différents publics de personnes pratiquant le *Chemsex* et à différents moments de leur parcours, d'outils d'accompagnement à une consommation et des pratiques moins à risque jusqu'à des services de prise en charge médicale adaptés (infectieux, psychiatrique ou somatique).

Ainsi, il manque dans les essais de PrEP, et plus globalement dans des études de cohorte de consommateurs, une évaluation d'interventions en santé pour accompagner et diminuer les risques liés aux consommations de drogues et aux pratiques sexuelles qui leur sont associées (RdR *Chemsex*) et analyser les interactions médicaments/drogues; mais aucun outil n'a été réellement évalué à ce jour dans des études randomisées. Il manque aussi faute d'études utilisant le testing des produits ou la recherche de drogues dans les cheveux de données précises concernant, au-delà des NDS elles-mêmes, les interactions médicamenteuses des produits de coupe avec les molécules anti VIH (en traitement ou en PrEP) ou anti VHC. [5-7]

Est en cours de préparation une sous étude de l'essai ANRS-PREVENIR financée par l'ANRS (G Pialoux, C Protière et al) qui consiste en une phase pilote d'acceptabilité et de rétention d'un programme intégré et innovant de RdR-*Chemsex* dans les centres de PrEP de l'essai les plus impliqués dans PREVENIR, et son impact sur les prises de risques tant dans la consommation de produits (morbidité induite, complications de l'injection, trouble lié à l'usage de substances, craving, polyconsommation...) que dans les comportements sexuels (multipartenaires, non-usage du préservatif, pratiques hard, , addiction sexuelle..). Le module de RdR appliqué au *Chemsex* comporte un offre d'analyse des produits (Testing) ; une analyse sur les cheveux des NPS (2 mèches > 1 cm ou 1 cm renseigne sur un mois de consommation ; une formation des équipes soignantes + communautaires non encore formées à l'approche du *Chemsex* et du counseling ; une proposition d'orientation vers un des dispositifs existants d'addictologie ; une application smartphone (Webbapp) d'aide à la RdR-*Chemsex*. Le *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) a récemment identifié un total de 67 applications mobiles pour les addictions dans les trois principaux magasins d'application en ligne. La majorité de ces applis provient des Etats-Unis et d'Europe (deux développées en France) et sont en anglais. L'EMCDDA estime par ailleurs qu'il faudrait développer d'autres applications pour certaines cibles actuellement sous-représentées, comme les personnes qui pratiquent le *Chemsex* ou les consommateurs de drogues injectables. Elle recommande aussi que des applis comprennent notamment des informations sur l'usage de la naloxone, antidote en cas de surdose d'opioïdes et sur les principales interactions [8-9].

Les résultats individualisés des testing de drogues et de dosages dans les cheveux, avec leur interprétation, doivent être étudiés sur des populations cibles [10,11]. Exemple : « l'échantillon de 4-MEC analysé présente une pureté de 68%. Exemple : les analyses ont révélé la présence de NPS non attendues, telles que des hallucinogènes de type tryptamines (5-MeO-DIPT et 5-MeO-MIPT) (lien vers effets secondaires) et des médicaments non attendus (Ephedrine, codéine). Dans l'échantillon de cocaïne analysé nous avons retrouvé des produits de coupe actifs qui peuvent aussi avoir un impact sur votre santé (lévamisole (lien vers un site public ou bien texte : « Ce produit vétérinaire (vermifuge) a de multiples conséquences négatives sur l'organisme souvent médiées par un effet immunologique) ; Les plus fréquents : éruption cutanée, anorexie, nausées, vertiges, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, Réactions allergiques ; Pour les plus graves : Agranulocytose (chute des globules blancs) ou vascularite qui peut provoquer des saignements, érythème noueux , arthralgies, autoanticorps.»

Références

- [1] Batisse A, Peyrière H, Eiden C, et al. Use of psychostimulants in a sexual context: Analysis of cases reported to the French network of Addictovigilance Centers. 2016;71(5):447-55.
- [2] Papaseit E, Vázquez A, Pérez-Mañá C, et al. Surviving life-threatening MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine, ecstasy) toxicity caused by ritonavir (RTV). Intensive Care Med. 2012;38(7):1239-40.
- [3] Roux P, Fressard L, Suzan-Monti M, Chas J, Sagaon-Teyssier L, Capitant C, Meyer L, Tremblay C, Rojas-Castro D, Pialoux G, Molina JM, Spire B. Is on-Demand HIV Pre-exposure Prophylaxis a Suitable Tool for Men Who Have Sex With Men Who Practice Chemsex? Results From a Substudy of the ANRS-IPERGAY Trial. J Acquir Immune Defic Syndr. 2018; 79(2):e69-e75.
- [4] Lafortune D, Blais M, Miller G, Dion L, Lalonde F, Dargis L. Psychological and Interpersonal Factors Associated with Sexualized Drug Use Among Men Who Have Sex with Men: A Mixed-Methods Systematic Review. Arch Sex Behav. 2021; 50(2):427-460.
- [5] Chas J, Bauer R, Larabi IA, Peytavin G, Roux P, Cua E, Cotte L, Pasquet A, Capitant C, Meyer L, Raffi F, Spire B, Pialoux G, Molina JM, Alvarez JC. Evaluation of Drug Abuse by Hair Analysis and Self-Reported Use Among MSM Under PrEP: Results From a French Substudy of the ANRS-IPERGAY Trial. J Acquir Immune Defic Syndr. 2021 Apr 15;86(5):552-561.
- [6] Fabresse N, Larabi IA, Stratton T, Mistrik R, Pfau G, Lorin de la Grandamaison G, Etting I, Grassin-Delyle S, Alvarez JC. Development of a sensitive untargeted LC-HRMS screening devoted to hair analysis through a shared MS2 spectra database: a step towards early detection of new psychoactive substances. Drug Testing Analysis, 2019 doi: 10.1002/dta.2535
- [7] Harper L, Powell J, Pijl EM. An overview of forensic drug testing methods and their suitability for harm reduction point-of-care services. Harm Reduct J. 2017 Jul 31;14(1):52. doi: 10.1186/s12954-017-0179-5.
- [8] Stardust Z, Kolstee J, Joksic S, Gray J, Hannan S. A community-led, harm-reduction approach to chemsex: case study from Australia's largest gay city. Sex Health. 2018 Apr;15(2):179-181. doi: 10.1071/SH17145.
- [9] Abbott KL, Flannery PC, Gill KS, Boothe DM, Dhanasekaran M, Mani S, Pondugula SR. Adverse pharmacokinetic interactions between illicit substances and clinical drugs. Drug Metab Rev. 2020 Feb;52(1):44-65. doi: 10.1080/03602532.2019.1697283. Epub 2019 Dec 11. PMID: 31826670 Review
- [10] Batisse A, Chevallier C, Richeval, Labrouve V, Martinez M, Allorge D, Gregoire M, Batel Ph, Marillier M, Nefau T, Gaulier JM, Djeddar S. ChemSex, NPS et réduction des risques : intérêt de l'analyse de produits. Toxicologie Analytique et Clinique. Volume 30, Issue 2, Supplement, June 2018, Page S7
- [11] Gerace E, Seganti F, Luciano C, Lombardo T, Di Corcia D, Teifel H, Vincenti M, Salomone A. On-site identification of psychoactive drugs by portable Raman spectroscopy during drug-checking service in electronic music events. Drug Alcohol Rev. 2019 Jan;38(1):50-56. doi: 10.1111/dar.12887. Epub 2019 Jan 6.

Et pour plus d'informations :

<http://vih.org/20121102/drogues-synthese-preoccupante-mode/57765>

<http://www.aides.org/actu/evenement/slam-premiere-enquete-qualitative-en-france-1873>

<http://www.asud.org/2016/10/23/operation-testing-au-teknival/>

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4473fb6edabe70f675f8669550dae93f.pdf

<https://www.federationaddiction.fr/chemsex-livret-dinformation-pour-les-professionnelles-et-les-intervenantes-de-sante/>

Question 6.

Proposer une stratégie de réduction des risques liée à l'usage des drogues utilisées dans le cadre du *Chemsex*

Question 7.

Proposer une stratégie de prévention et de prise en charge

Introduction

Les propositions suivantes répondent aux questions du Ministère, et portent sur les stratégies de prévention, de réduction des risques (RDR), et repérage précoce, et de mise en place de parcours de soins adaptées à chaque situation, pour les personnes pratiquant le *Chemsex*. Bien que ne rentrant pas directement dans le cadre de ces stratégies d'action sur le terrain, les initiatives locales et nationales de déstigmatisation des personnes concernées auprès du grand public, en particulier du fait de l'identité HSH, et/ou de l'usage de substances illicites, devraient être un élément intégré à toute politique locale ou nationale visant à améliorer l'état de santé global des personnes concernées.

Améliorer la structuration d'action à l'échelle nationale

- Les stratégies de prévention, de réduction des risques (RDR), et de repérage des complications liées à la pratique du *Chemsex*, sont fondées et doivent rester fondées sur le principe du « *aller vers* », au contact des usagers et au plus près des milieux de consommation et de pratiques sexuelles. Ces stratégies sont mises en œuvre en premier lieu par des associations communautaires dont l'un des principaux atouts est d'être intégrées au sein des publics concernés. Les associations communautaires (notamment HSH), mais aussi les associations d'usagers drogues ou d'autosupport, sont et restent les premières concernées par les missions du « *aller vers* » les personnes ayant des pratiques de *Chemsex*. Si des recherches futures confirment que des pratiques apparentées au *Chemsex* s'étendent à d'autres publics ou autres communautés, des actions similaires pourraient être élargies par d'autres types d'associations communautaires, en prenant en considération les éventuelles spécificités de telles ou telles populations.

- Les associations communautaires concernées doivent mettre en place ces actions de prévention, de RDR, et de repérage de complications, en collaboration et concertation étroite avec des structures médicosociales et hospitalières concernées par les enjeux de santé globale relatifs aux pratiques de *Chemsex*, c.à.d., les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), les centres de santé sexuelle, et les structures d'addictologie et de RDR liées aux usages de substances, comme les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et centres de soins, d'accompagnement, et de prévention en addictologie

(CSAPA). Le repérage et l'orientation précoce vers les soins pour les personnes ayant des vulnérabilités ou troubles psychiatriques devraient également faire partie des missions de tels réseaux. Ce repérage semble notamment très important à développer sur les applications de rencontre et dans les lieux dédiés à la sexualité, en particulier chez les HSH. Ces missions peuvent rester associatives mais devraient alors être mieux financées. Elles peuvent aussi être confiées aux institutions publiques (p.ex., Santé Publique France).

- La mise en place de réseaux territoriaux, articulant les différents acteurs cités au-dessus, avec des personnels formés à la problématique complexe du *Chemsex*, connaissant les spécificités identitaires des personnes concernées, et possédant idéalement des compétences multiples (addictologie, sexologie, infectiologie, ...), dans le cadre d'équipes multidisciplinaires, paraît être un objectif important dans les stratégies de prévention, de RDR, et de mise en route de la cascade de soins adaptée à chaque situation individuelle. La mise en place et l'évaluation du fonctionnement de tels réseaux devrait incomber aux agences régionales de santé, avec des budgets dédiés, et un suivi réel des actions.

- Les programmes de RDR à distance (par correspondance, par exemple par SMS) sont efficaces [1] et peuvent particulièrement adaptés pour le *Chemsex* notamment en zone rurale.

- Un cahier des charges national, ou même des recommandations, par exemple sous l'égide de la Haute Autorité de Santé, devraient être publiées au cours des prochaines années, afin de préciser et d'homogénéiser les missions de prévention, de RDR, et de soins, que les réseaux territoriaux doivent être amenés à mettre en œuvre. Ce cahier des charges, ou ces recommandations, devraient être rédigées par un collectif représentatif des différents acteurs mentionnés plus haut. Les axes d'interventions proposés plus bas doivent être vus comme des exemples susceptibles d'être discutés et éventuellement repris dans des recommandations nationales. Des indicateurs d'action, simples et applicables sur l'ensemble du territoire national, devraient être définis dans ce type de document. Les financeurs des actions de prévention, de RDR, et de soins auprès des personnes pratiquant le *Chemsex*, devraient pouvoir utiliser ces indicateurs pour évaluer les actions financées.

Axes prioritaires à développer ou renforcer, en matière de prévention, de RDR, et de repérages et soins

- *Principes généraux*

Les principes de RDR devraient gouverner les actions mises en place, avec une approche étagée du type (exemple de message suivant portant uniquement sur les aspects de prévention et RDR relatifs aux complications infectieuses) « *Pour votre santé, n'utilisez pas de drogues pour favoriser vos pratiques sexuelles. Si vous utilisez des drogues dans ce contexte, ne les utilisez pas en injection ou en sniff. Si vous les utilisez en injection ou en sniff, utilisez du matériel stérile. Si vous n'utilisez pas de matériel stérile, vérifiez régulièrement que vous n'avez pas contracté une maladie infectieuse.* ».

Il est indispensable de soutenir voire de renforcer la présence, au sein des communautés ou des personnes concernées (« *aller vers* »), de personnes ressources identifiées, acceptées, et reconnues par la communauté pour leurs actions d'éducation, de prévention, de repérage précoce et d'orientation (si besoin) vers des soins adaptés. Ces personnes ressources doivent appartenir aux réseaux associatifs, médicosociaux, et hospitaliers, décrits plus haut, lesquels doivent être bien identifiés voire soutenus par l'ARS.

Beaucoup de professionnels de santé ne savent pas où orienter ces patients au niveau local. Une cartographie par les ARS par région pourrait être plus que pertinente et à diffuser auprès des services de soins y compris généraux (dont les urgences et services de psychiatrie/addicto ne prenant pas concrètement en charge cette problématique). Une cartographie qui devrait également permettre de repérer les zones géographiques peut pourvues en possibilité de soin. Réflexion également autour d'un éventuel dispositif de télémedecine au moins pour le repérage ou le suivi des personnes éloignées des grands centres urbains. Nous rappelons ci-dessous les consignes générales de RDR évoqués dans la question 5, et qui sont promus par les associations chez les usagers :

- *Éviter de consommer si on ne sent pas très bien au niveau psychologique (déprime, anxiété, etc.) ou physique (rhume, état grippal, gastroentérite, etc.) ;*
- *Éviter de consommer seul ;*
- *Consommer dans un contexte rassurant et/ou en présence de personnes de confiance ;*
- *Toujours commencer par des petites quantités de produit ;*
- *Tester le produit pour vérifier qu'il ne provoque pas de réaction allergique ;*
- *Espacer les prises, et si possible consigner sur un papier ou sur son portable le produit et l'heure de consommation ;*
- *Faire attention aux mélanges de produits sur un laps de temps court ;*
- *Être en particulier vigilant aux mélanges :*
 - *alcool et GHB/GBL/DB ou kétamine qui sont particulièrement à risque de coma ;*
 - *médicaments érectiles et poppers ou ecstasy ou amphétamine qui augmentent les risques d'accident cardiovasculaire ;*
- *Boire de l'eau régulièrement ;*
- *Utiliser une paille à usage individuel pour le sniff ;*
- *En cas de bad trip (mauvais voyage) ne pas hésiter à appeler les urgences en composant le 15 ou le 112 et en donnant le nom des produits.*
- *En cas de bad trip (mauvais voyage) ne pas hésiter à appeler les urgences.*

Des brochures de prévention de ce type existent à l'étranger, par exemple en Irlande, le guide *Sex Party First Aid Guide* de l'association *HIV Ireland*, inspiré du guide de David Stuart (« *Chemsex premiers secours* »). Cette brochure explique les effets du GHB/GBL et de la méthamphétamine et les attitudes à avoir en cas de surdose (*G-Hole*), en cas de troubles du comportement (paranoïa) et en cas de relations non consenties. D'autres guides d'associations tels que *Gay Men's Health Collective* au Royaume-Uni comprennent des volets RdR sur les injections, les associations de substances, y compris l'alcool, la soumission chimique à l'insu des sujets (*spiking*) et les coordonnées des sites ressources.

Dans la même veine, les recommandations du rapport APACHES [2] de l'OFDT, prônent

- **Une autorégulation** des usagers basée sur :
 - *La gestion de la fréquence de consommation*
 - *Le choix du contexte*
 - *Le contrôle de l'accès aux produits, le choix des produits, et le contrôle des doses*
 - *Le choix et le contrôle des modalités d'usages (et voies d'usage)*
- **Une régulation collective** des usagers basée sur :
 - *L'échange sur les pratiques*
 - *Un contrôle collectif des prises*
 - *L'attention et la bienveillance du groupe*
 - *L'importance du support sociofamilial*

- *Complications infectieuses*

La stratégie de prévention et réduction des risques en matières des maladies sexuellement transmissibles (MST), au sein des populations pratiquant le Chemsex, repose sur un accès systématique aux préservatifs et à la PrEP (Prophylaxie de Préexposition au VIH), ainsi qu'à un accès facilité au dépistage des virus susceptibles d'être contractés par les pratiques sexuelles ou certains usages intraveineux ou intranasaux de substances, par exemple, par la diffusion intracommunautaire de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), notamment en marge des moments de pratiques de *Chemsex*. Les réseaux de prévention, RDR, et repérage précoce, devraient intégrer ou être en lien avec des équipes d'infectiologie de proximité formées aux problématiques du Chemsex, et aptes à offrir une réponse médicale rapide aux atteintes infectieuses identifiées. Il est important de former les professionnels des équipes prenant en charge le Chemsex à la prescription de la PrEP mais aussi du traitement du VHC et au dépistage des autres IST, au vu du fait que le service fréquenté peut être parfois le seul lien avec un milieu médical.

- *Complications addictives : soins et RdR*

Les personnes-ressource intervenant auprès de publics pratiquant le *Chemsex* devraient avoir une formation au repérage des addictions, pour identifier en particulier des attitudes de perte de contrôle liées aux usages de substances et/ou aux pratiques sexuelles, perte de contrôle entraînant des complications psychosociales et/ou médicales croissantes en faveur du développement d'un trouble addictif. Le cas échéant, ces personnes devraient pour être adressées sur des services de soins addictologiques qualifiés. Chaque territoire concerné devrait ainsi avoir au moins une structure de soins addictologique avec du personnel formé à la prise en charge de ces publics complexes, où les aspects d'addiction comportementale peuvent être associées aux aspects d'addiction aux substances (CSAPA référent et/ou service de recours universitaire ?). Les entretiens motivationnels ont montré leur efficacité quant à la réduction de la consommation de substances et la diminution des pratiques sexuelles à risque [3]. Certains programmes de thérapie de groupe animés par des pairs ont montré l'intérêt de thérapies telles que le The C-TALK pour réduire l'usage de stimulants à visée sexuelles chez les HSH [4]. De la même façon, des programmes structurés à ciblage communautaire tel que le *Stonewall Project* permettent de réduire les pratiques d'usage de substances chez les personnes HSH pratiquant le *Chemsex* [5].

- *Vulnérabilités psychologiques ou psychiatriques*

Les personnes-ressource intervenant auprès de publics pratiquant le *Chemsex* devraient avoir une formation au repérage des principaux troubles psychiatriques ou difficultés psychologiques identifiées chez les personnes ayant des pratiques de *Chemsex*. Le cas échéant, ces personnes devraient pour être adressées sur des services de soins psychiatriques qualifiés. Chaque territoire concerné devrait ainsi avoir au moins une structure de soins psychiatriques avec du personnel formé à la prise en charge de ces publics complexes, où les problématiques psychiatriques, sexuelles, et parfois identitaires, peuvent être entremêlées.

- *Autres aspects de prévention et RDR*

Les risques d'abus sexuels ou de rapports sexuels non-consentis étant plus importants en cas d'usage de substances psychoactives, les interventions auprès des populations ayant des pratiques de *Chemsex* devraient promouvoir des règles simples de vigilance et de prévention de ce genre de situation. Le cas échéant, une orientation des victimes vers une prise en charge optimale et une judiciarisation doivent être proposées.

Références

- [1] Reback CJ, Fletcher JB, Swendeman DA, Metzner M. Theory-based text-messaging to reduce methamphetamine use and HIV sexual risk behaviors among men who have sex with men: Automated unidirectional delivery outperforms bidirectional peer interactive delivery. *AIDS and Behavior*. 2019;23(1):37–47.
- [2] Mihlet M. Attentes et PARcours liés au CHEmSex (APACHES). Mai 2019, <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmmz5.pdf>
- [3] Knight R, Karamouzian M, Carson A, Edward J, Carrieri P, Shoveller J, et al. Interventions to address substance use and sexual risk among gay, bisexual and other men who have sex with men who use methamphetamine: A systematic review. *Drug & Alcohol Dependence*. 2019;194:410–29.
- [4] Lyons T, Tilmon S, Fontaine Y-M. Development of a small-group intervention for stimulant-using men who have sex with men. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*. 2014;9(1):54–70
- [5] Carrico AW, Flentje A, Gruber VA, Woods WJ, Discepola MV, Dilworth SE, et al. Community-based harm reduction substance abuse treatment with methamphetamine-using men who have sex with men. *Journal of Urban Health*. 2014;91(3):555–67

Question 8.

Proposer une stratégie de suivi de cette pratique (indicateurs, enquête, recueil de données)

Objectifs et enjeux de recherche

Nous identifions trois priorités de recherche sur la thématique du Chemsex. Les propositions listées dans cette partie n'ont bien sûr aucun caractère impératif ou exhaustif et d'autres propositions de recherche non-identifiées ici pourraient être également très pertinentes. **Dans tous les cas, il nous paraît indispensable que les projets de recherche qui seront déposés à l'avenir associent les acteurs de la prévention et du soin, et les usagers eux-mêmes ou leurs représentants associatifs.**

1- Mettre en place une cohorte nationale multicentrique de personnes pratiquant le Chemsex, pour comprendre les trajectoires de consommations de produits et de soins/non soins.

Cette cohorte permettrait : 1) de comprendre pourquoi certains usagers restent dans une consommation maîtrisée et gérée sans impact sur leur vie sociale ou sur la santé alors que d'autres sont atteints par des problèmes de santé physique ou mentale) ; 2) Elle permettrait sur un effectif de volontaires d'étudier qualitativement et quantitativement (dosages) les NPS consommés (spectrométrie de masse à haute résolution) et d'évaluer les interactions possibles ; 3) Elle favoriserait le suivi en temps réel la circulation des produits (en complément des données ODFT ou de celles issues des centres de pharmacovigilances), les modifications induites des pratiques sexuelles, les effets secondaires et d'adapter l'offre de prise en charge et la prévention des risques.

2- Promouvoir les recherches qualitatives auprès de personnes pratiquant le Chemsex, pour mieux investiguer les motifs, les parcours, et les attentes, de ces personnes et faire évoluer en retour les offres d'intervention.

3- Promouvoir les recherches interventionnelles contrôlées et randomisées auprès de personnes pratiquant le Chemsex, en particulier celles atteintes de critères d'addiction, avec des interventions médicamenteuses ou non-médicamenteuses destinées à réduire ou maintenir l'arrêt des consommations de substances et/ou des pratiques de Chemsex, d'améliorer certaines indicateurs fonctionnels (insertion socioprofessionnelle, qualité de vie, sommeil ...), ou de réduire les risques adjacents. Dans certains cas, des soutiens industriels devraient être sollicités pour ce type d'études.

4- Remédier au manque d'études pharmacologiques d'interactions drogues/antirétroviraux(ARV)/psychotropes : appel d'offres ANRS/MI/Inserm spécifique par exemple. Ces études doivent inclure les interactions avec les produits pris quasi systématiquement durant les « plans » Chemsex (sildenafil/tadalafil, benzodiazepines et autres psychotropes) ;

5- Evaluer des essais d'intervention de Réduction des Risques inscrite dans la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (RdR) adaptée aux besoins des chemsexers (randomisation en clusters par ex), au-delà de la sous-étude de l'essai ANRS-PREVENIR.

6 - Étudier le déploiement de l'analyse des nouvelles drogues (NPS) dans les lieux fréquentés par le public (CAARUD, Associations communautaires, centres hospitaliers dont services d'addictologie, de suivi du VIH/VHC, Cegidd, Centre de Planning Familial, Centres de santé sexuelle, Salles de consommation à moindre risques (SCMR)...). Ainsi que la formation des personnels d'accueils et soignants à ces nouvelles drogues, nouvelles pratiques, nouveaux effets secondaires et nouvelles interactions.

7 - Des études en sciences sociales sont nécessaires pour comprendre le parcours de ces chemsexers et les effets structurels (stigmatisation, rejet, homophobie, covid, ...) sur cette pratique (en complémentarité avec la cohorte du point 1

8 - Evaluer l'efficacité, l'acceptabilité de la PrEP anti VHC chez les chemsexers injecteurs (slam) ou à haut risque sexuel VHC.

9- Développer comme le recommande l'EMCDDA, des applications (WebApp) pour certaines cibles actuellement de Chemsexers sous-représentées, comme les personnes qui pratiquent le chemsex en milieu rural ou les consommateurs de drogues injectables (Slam).

10- Évaluer en une enquête nationale (DGOS) les besoins matériels des laboratoires de toxicologie (testing, dosage dans les cheveux...) sur le territoire national pour s'adapter aux propositions ci-dessus.

Indicateurs d'études quantitatives (épidémiologiques)

Les données suivantes sont données à titre indicatif et pourront être adaptées en fonction de chaque projet et de chaque question de recherche proposé

- **Données sociodémographiques et comportementales**
Age, sexe (incluant les transgenres), niveau de revenus, niveau d'études, statut professionnel
- **Pratiques sexuelles**
Orientation sexuelle (à mesurer de manière détaillée), situation de couple, fréquence et types de pratiques sexuelles dans le cadre, et en dehors du cadre du Chemsex (nombre de partenaires, niveau de connaissance préalable des partenaires sexuels, modalités d'usage de préservatifs, modalités d'usage de la PrEP, modalités d'usage de substances à visée de sexualité (type, fréquence, voie d'administration, buts recherchés, conséquences délétères identifiées)
- **Données psychiatriques et addictologiques longitudinales**
Diagnostics psychiatriques structurés, diagnostics addictologiques structurés, niveaux d'usages, niveau de symptomatologie psychiatriques
- **Autres données médicales d'intérêt**
Diagnostics d'IST virales ou bactériennes (statuts sérologiques ou bactériologiques répétés), pathologies chroniques, statut du sommeil, alimentation, état nutritionnel, traitements médicamenteux

Type de recueil de données épidémiologiques

- *Création d'une base de données cliniques nationale partagée et pseudonymisée*

Nous encourageons les pouvoirs publics et/ou les acteurs scientifiques impliqués sur le sujet à transformer les outils de recueil de données médicales des CEGIDD (outil DIM2), centres de santé sexuelle, CSAPA, et autres structures médicales et médico-sociales impliquées, à permettre une remontée de données de soins pseudonymisée sous la forme de paramètres exploitables à des fins de recherche. Ainsi, un exemple qui nous paraît à imiter est le projet SAFRANC, porté par l'association Addictions-France, et récemment financé par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) comme actions structurante, qui vise à récupérer les données de soins issu d'un logiciel commun de dossier médical informatisé pour les agréger au sein d'une base de données de recherche nationale pseudonymisée et promouvoir la recherche sur les patients et prises en charge réalisées en CSAPA. Un projet similaire monté sur les structures accueillant des personnes pratiquant le *Chemsex* permettrait de générer une base de données précieuse et de répondre à de nombreuses questions cliniques et thérapeutiques.

- *Cohorte de recherche « classique »*

Il s'agit d'études observationnelles temporaires financées en particulier par des appels à projet de type PHRC-N, PHRC-I, IReSP, ANRS, voire PHR-IP. Bien que de telles études soient très utiles, elles n'ont par définition aucun caractère structurant sur le recueil de données cliniques au sein des structures de soins, et aboutissent ainsi à des bases de données limitées au temps

de l'étude et à leurs principaux objectifs. Néanmoins, ce type d'études reste indispensable pour investiguer auprès de publics qui ne fréquentent aucune structure de soins ou RDR. Dans ce cas de figure, l'utilisation des nouvelles technologies (application smartphone par exemple) pourrait faciliter le recueil de données de cette population par définition difficile à garder dans le temps.

- *Place de l'addictoVigilance* dans le recueil de données nationales

L'addictoVigilance (réseau des centres d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances ou CEIP, coordonné par l'ANSM) reste dans ce cadre un acteur incontournable du suivi des complications en lien avec la pratique du Chemsex et ce à travers des indicateurs clairs : évolution des décès (enquête annuelle DRAMES), des événements graves (troubles addicto-psychiatriques, neurologiques, cardiovasculaires, infectieux), des complications médico-légales (enquête soumission chimique) et des suivis en CSAPA/CAARUD (enquête annuelle OPPIDUM). Seule une évaluation macroscopique multi-sources est en mesure d'apporter les éclairages nécessaires sur cette problématique. La culture du signalement en vigilance doit plus que jamais être de mise en cette période de crise sanitaire où la vague addicto-psychiatrique attire toutes les préoccupations.

Synthèse et Recommandations

Les personnes concernées

Le Chemsex a pris son essor en France vers 2010. Dans le Chemsex, l'objectif des consommations réside principalement dans le but d'initier, de faciliter, de prolonger, ou d'améliorer les rapports sexuels à travers les effets psychoactifs des molécules consommées.

La démocratisation des applications de rencontre géolocalisées ayant été plus tardive en population hétérosexuelle que chez les HSH, pourrait participer à une éventuelle diffusion future des pratiques de Chemsex dans différents sous-groupes.

Si la quantification de la prévalence du *Chemsex* en population générale semble toujours complexe, ce dernier pourrait concerner environ 20% des HSH, soit potentiellement 100 000 à 200 000 personnes en France, et il semble en outre y avoir des signes de diffusion dans d'autres sous-populations, dont le nombre exact est encore mal évalué. Malgré cela, le phénomène *Chemsex* semble encore largement centré sur les populations HSH.

Les produits

En effet, si de nombreuses catégories de substances peuvent avoir une influence sur la pratique sexuelle, seules certaines d'entre elles sont traditionnellement considérées comme associées au Chemsex. Il s'agit avant tout des cathinones de synthèse, mais également du GHB et de son précurseur le GBL, et, dans une moindre mesure aujourd'hui, de la cocaïne, de la MDMA, de la kétamine et la méthamphétamine. La consommation de poppers est également fréquente, bien que son utilisation isolée reste rare dans la pratique de Chemsex. Les principaux effets recherchés par ces produits, et notamment les cathinones sont l'augmentation de la libido et de l'endurance, leurs effets désinhibants et entactogènes, la démultiplication des sensations de plaisir. Une grande partie de ces molécules possède également un pouvoir stimulant, plus ou moins important, selon les drogues et les posologies utilisées (3).

Les risques et les dommages

En dehors des risques et des dommages propres à chaque produit et détaillés dans le présent rapport, qu'ils soient somatiques, psychologiques/psychiatriques ou addictifs, une attention particulière doit être portée sur la prévention des IST et du VHC.

La PrEP

Si les personnes qui pratiquent le *Chemsex* présentent plus de pratiques à risque que les autres HSH, ils ont montré leur capacité à adopter des outils de prévention comme la PrEP (prophylaxie pré exposition). Les personnes pratiquant le *Chemsex* utilisent plus fréquemment la PrEP et présentaient une bonne observance. Ces données suggèrent que cet outil de prévention pourrait être une opportunité pour offrir d'autres outils de réduction des risques et services adaptés aux différents profils de personnes pratiquant le *Chemsex* et à leurs spécificités.

Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de santé publique

Si les volets classiques d'une stratégie de santé publique (prévention, réductions des risques et des dommages, prise en charge, suivi, évaluation et recherche) doivent structurer une politique en direction des personnes pratiquant le Chemsex, elle doit être élaborée et mise en œuvre en tenant compte des particularités des personnes concernées et, sans moralisme ni discrimination.

Repérage des personnes concernées

- Compte tenu de la difficulté à repérer et à quantifier les personnes concernées, une attention particulière, voir une collaboration avec les sites spécialisés ou applications de rencontre devra être définie. Si les personnes concernées sont aujourd'hui essentiellement des HSH, le repérage de populations hétérosexuelles ayant les mêmes pratiques passe par l'attention portée à ces applications ou sites de rencontre.

Les acteurs concernés

- Il apparaît évident que toute intervention de proximité doit reposer sur des acteurs issus d'associations communautaires (notamment HSH), mais aussi les associations d'usagers drogues ou d'autosupport qui sont et restent les premières concernées par les missions du "aller vers" les personnes ayant des pratiques de *Chemsex*
- Les stratégies d'intervention devront reposer à la fois sur des personnes ressources identifiées, mais aussi sur un réseau de compétences associant étroitement des structures médicosociales (CAARUD, CSAPA) et hospitalières (plusieurs disciplines médicales sont potentiellement concernées par la survenue de dommages liés à la pratique du Chemsex), ainsi que les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD),
- Ce travail en réseau devra associer les structures psychiatriques compte tenu de la fragilité de certaines personnes et de l'existence de complications psychiatriques.

Information des usagers et des acteurs

- Une information spécifique et homogène sur les produits, les risques et les dommages, devra être élaborée par les agences sanitaires et disponible pour les usagers, et les acteurs de prévention et de réduction des risques et des dommages
- Afin d'assurer la qualité des interventions, un kit d'intervention devra être élaboré (par Santé publique France) et diffusé auprès des acteurs de terrain et des ARS

Formation

- Indépendamment de la formation spécifique de acteurs de prévention et de prise en charge, une sensibilisation des soignants dans des disciplines concernées par les dommages serait opportune

Pilotage national et régional

- Le pilotage de l'information diffusée à destination des usagers et des acteurs de santé, notamment celles émises par les agences sanitaires nationales (SpF, HAS...) relève naturellement du ministère de la santé (DGS, DGOS)
- L'intervention des acteurs de terrain relève de projets validés par les ARS. Ces projets doivent associer tous les acteurs (usagers, médico-social, hospitaliers...), dans une logique de réseau de collaboration pour garantir une réponse pluridisciplinaire à la diversité des situations et problèmes cliniques. Ces projets doivent naturellement comprendre des critères d'évaluation.

Evaluation et suivi

- Compte tenu de la grande spécificité du sujet, une coordination nationale du suivi des interventions de terrain paraît nécessaire dans un premier temps

Recherche

- Le présent rapport révèle la relative faiblesse des données épidémiologiques, interventionnelles et d'addictovigilance. Il est nécessaire de mettre en place des programmes de recherche pour documenter le phénomène et valider les stratégies d'intervention.

Contributions Associatives



1. Quel est votre champ d'intervention (ou celui de votre association) en rapport avec les pratiques de Chemsex ?

AIDES est une association de lutte contre le sida et les hépatites. Nos modes d'action sont guidés par des principes liés à la démarche communautaire. Nous intervenons auprès des chemsexuels depuis une dizaine d'années et avons mené la première étude sur le slam dès l'apparition de ces nouvelles pratiques.

AIDES est implantée sur l'ensemble du territoire et propose trois types de structures en capacité d'accueillir ces publics : lieux d'accueil, CAARUD et enfin Spot/centres de santé sexuelle.

Nous intervenons donc en prévention / réduction des risques sexuels et en réduction des risques-drogues.

A cela, qui est notre cœur de métier, il convient d'ajouter le suivi, l'écoute et l'orientation brève vers le soin en fonction des besoins exprimés par les usagers et des constats faits par les accueillants. Ainsi, nous avons développé un réseau de partenariat avec des acteurs en santé mentale (psychiatre dont hospitaliers, psychothérapeute, psychologue, sexologue, addictologue...)

Nous avons également mis en place des groupes d'auto-support entre chemsexuels actifs et d'autres groupes entre ex usagers/usagers en rupture de consommation.

L'offre déployée par AIDES est pluri-disciplinaire, spécifique aux chemsexuels et construite à partir de leurs pratiques, de leurs consommations, des Nouveaux Produits Psychoactifs (stimulants dont cathinones et métamphétamines/GHB-GBL), de leur genre, de leur orientation sexuelle et de leurs besoins. Le RPIB, repérage précoce et intervention brève est un élément moteur de notre action qui s'articule autour de l'offre pluri disciplinaire, la prévention combinée (dont approches bio médicales), les innovations en RDR, l'identification précoce de conduites addictives, le Test and Treat et l'auto support.

Enfin, AIDES a mis en place le seul dispositif à distance 2.0 via Facebook et whatsapp réservé aux usagers. Ces outils sont destinés à répondre à n'importe quelle demande en prévention, réduction des risques et soutien émanant d'usagers, dans le but de réduire l'isolement et d'améliorer les préventions.

2. Comment pouvez-vous décrire les personnes concernées (en particulier (HSH/hétéro) ?

Nous utilisons des systèmes de recueil de données d'activité renseignés directement par les acteurs de terrain en contact avec les publics.

Le groupe des chemsexeurs est essentiellement composé de HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes).

Est entendu par chemsex, la pratique ritualisée consistant à consommer des produits dans le but de relations sexuelles. Cette précision à ce stade semble être indispensable. L'usage de produits en contexte sexuel n'a rien de nouveau. Ces pratiques sont décrites dans la littérature depuis bien longtemps. Au milieu des années 90, l'extasy (pilule de l'amour) était consommée dans des sexe party gay post clubbing et les rapports sexuels sous cocaïne sont également décrits depuis très longtemps.

Le chemsex répond à des critères spécifiques et identifiés :

- Sexe entre hommes (HSH dont hommes Trans)
- Consommation de substances dans le but de faciliter, prolonger ou améliorer les rapports sexuels
- Recours systématique à des substances psychoactives spécifiques (principalement des stimulants)
- Partenaires sexuels multiples et souvent sexe en groupe
- Sessions longues
- Recrutement de partenaires facilité par la technologie numérique.

La consommation de drogues sexualisée et le chemsex sont différents. Le premier est un terme plus large faisant référence à l'utilisation intentionnelle de drogues dans un contexte sexuel en général. Le chemsex est un cas distinct de consommation de drogues sexualisées. Les motivations pour la consommation de drogues sexualisées peuvent inclure la réduction des inhibitions sexuelles, la timidité et l'augmentation de la confiance en soi, la mise en œuvre de fantasmes sexuels, tout en augmentant le plaisir sexuel et la performance.

Dans les centres de santé sexuelle, les Spots (Paris, Nice, Marseille et Montpellier), le public de chemsexeurs est composé majoritairement de HSH/gays.

Dans les CAARUD, certains usagers déjà consommateurs d'autres produits psycho actifs (peu importe leur orientation sexuelle) peuvent expérimenter les cathinones et ressentir une augmentation du désir, de la libido et augmenter le nombre de rapports sexuels. La question est de savoir si cela en fait des chemsexeurs et si les risques et dommages éventuels dus à ces pratiques sont équivalents aux risques constatés chez les gays.

D'autres groupes, dans des proportions moindres sont identifiés comme ayant des pratiques de chemsex : les teuffeurs et les libertins.

La proportion est de 90% de HSH et 10% (autres).

En revanche, une question nous paraît essentielle : celle de la consommation de cathinones en contexte festif qui est très largement en augmentation et ce, dans tous les groupes. Il ne s'agit pas, pour autant de chemsex même si l'on peut constater d'une augmentation du nombre de partenaires ou de rapports sexuels.

Au-delà d'une approche par typologie de publics, AIDES privilégie plutôt la question des facteurs de vulnérabilité.

Ainsi, les jeunes isolés et avec peu de revenus sont plus vulnérables que des personnes socialisées et financièrement protégées. Il en est de même pour les jeunes gays migrants/racisés ou les travailleurs du sexe particulièrement vulnérables.

Pour en terminer avec les groupes exposés, Il faut ajouter que les personnes en ruralité, isolées des lieux de sociabilité communautaire et des structures de réduction des risques sont particulièrement vulnérables. Le chemsex, c'est le smartphone. Tout passe via de le 2.0 : du recrutement des partenaires à l'achat de substances

psychoactives. C'est ce qui a amené AIDES, avec le soutien de Santé Publique France, à déployer une offre à distance diversifiée.

De nombreux critères sont donc à prendre en compte au-delà de la seule orientation sexuelle des chemsexuels.

3. Quelles sont les pratiques sexuelles de ces populations selon vos observations ?

Elles sont débarrassées de toute forme d'inhibition. Le recours à des substances empathogènes et entactogènes qui entraînent également une augmentation du désir et de la libido permet d'éliminer tous les freins aux fantasmes.

Sur les pratiques les plus fréquemment décrites figurent : le fist fucking, le sexe en groupe, la pénétration anale. Ce n'est pas tant une question de pratiques sexuelles mais bien de potentiels rapports traumatiques sur des temps de session pouvant être très longs.

Sur les pratiques à risques, il convient de recommander la prévention combinée, comportementale et bio-médicale : Prep, Tasp, TPE et dépistages fréquents à VIH, hépatites et IST chaque trois mois pour des usagers actifs. Nous recommandons un suivi régulier axé autour d'un parcours de soin individualisé au sein de structures qui offrent une prise en charge pluri disciplinaire.

L'usage du préservatif masculin est rarement évoqué. Les substances consommées entraînent une modification du comportement et potentiellement une altération du comportement préventif. Il convient donc d'avoir recours à des stratégies de prévention innovantes et spécifiques à ces groupes.

Pour terminer, le « Test and Treat » est absolument essentiel si nous voulons réduire les charges virales communautaires (VIH/HepC/IST) dans ces groupes.

4. Quels sont les produits utilisés ?

Les produits majoritairement utilisés sont des psycho-stimulants et un dépresseur : le GHB/GBL.

Parmi ces produits, on trouve majoritairement :

- Des Nouveaux Produits de Synthèse (cathinones) : 3MMC, 4MMC, 4CMC, Alpha PHP... ;
- De la cocaïne (parfois basée) ;
- De la tina (Crystal métamphétamine).

Les modes de consommation varient d'un usager à l'autre : Slam (injection en IV ou parfois en IM lorsque le réseau veineux est déjà très endommagé), inhalation, plug anal, sniff.

- D'autres produits consommés de manière plus anecdotique mais néanmoins notable : kétamine, MDMA ;
- Cannabis (plutôt pour gérer les descentes et/ou redescendre après une session) ;
- Très forte consommation de Benzodiazépines (utilisées pour descendre, réduire l'effet speed et trouver l'endormissement) ;
- Consommation de produits érectiles (viagra, cialis) et de produits érectiles non pharmaceutiques achetés sur les sites de deal.

L'un des problèmes majeurs est la polyconsommation.

5. Avez-vous des données qui vous permettent de donner des tendances ?

Les études PAACX de l'Inserm et APACHE de l'OFDT sont deux études de référence.

Pour compléter par quelques chiffres issus de données quantitatives dans AIDES et recueillies via un outil développé par la Direction Qualité Evaluation de AIDES renseigné par les militants de terrain, et d'autres données collectées via le dispositif AIDES Info Chemsex :

- près de 1750 chemsexuels actifs ou en rupture de consommation intégrés au dispositif d'écoute à distance de AIDES . Les membres du groupe sont originaires d'île de France pour la moitié d'entre et répartis sur l'ensemble des grandes villes (Marseille, Lyon, Nice, Bordeaux...) Pour 20% d'entre eux, ils résident dans des communes ou aucun dispositif de RDR n'est accessible.
- 4 à 500 chemsexuels accueillis dans les différents lieux de AIDES sur l'ensemble du territoire ;
- à peu près 30% de slameurs (injecteurs) ;
- 20 à 30% d'entre eux déclarent ressentir des problèmes dus à leur consommation ;
- La population des chemsexuels : 40% de séropositif sous traitement, 30% de prepeurs et 30% de séro interrogatifs (ou se déclarant séronégatif).

6. Quelles sont les conséquences, en termes de dommages/maladies/pathologies, que vous constatez ? (NB : question ouverte, mais relancer si besoin sur : addicto, infectieux, santé sexuelle, santé mentale)

- infections à VIH, Hépatites (avec une prévalence bien plus importante sur l'HepC), IST
- dommages psychologiques nécessitant l'intervention d'un professionnel de la santé mentale dont mal-être, dépression
- développement rapide de conduites addictives
- dommages sur le réseau veineux
- épuisement, mal nutrition
- problèmes cardiaques (en fonction des co-facteurs de vulnérabilité de chacun : âge, statut sérologique)
- suicides
- vie affective, vie sexuelle / santé sexuelle
- perte de sociabilisation / isolement / sentiment de solitude ressenti
- perte de l'activité professionnelle

7. Quels sont les actions de prévention ou de réduction des risques que :

- Vous mettez déjà en œuvre ?

Auto support communautaire

Entretiens individuels

Matériel de consommation stérile (injection, sniff, plug), matériel de prévention (préservatifs, gants...

Consultations médicales

Consultation psy/addicto/sexo

Analyse de produits

Accompagnement à l'injection

Sensibilisation des usagers

Sensibilisation et formation des soignants, des partenaires associatifs

Pour plus d'informations précises, je vous renvoie à la présentation jointe en annexe sur la stratégie d'actions de AIDES en direction des HSH chemsexuels

- Vous envisagez de mettre en œuvre ?

Nous souhaitons développer des lieux d'action avec une offre pluri-disciplinaire sur l'ensemble du territoire avec offre de prévention, de réduction des risques, de parcours de soins, d'orientation vers le soin (at large) dans ou hors les murs sous la forme de réseaux régionaux.

Le second axe de développement repose sur l'action à distance / le aller vers en ayant recours aux outils numériques : auto-support à distance, prévention et RDR avec envoi de matériel de dépistage, de réduction des risques à distance.

8. Quelles sont, selon vous, les canaux d'information efficaces et/ou à privilégier envers ces populations :

- Pour les HSH ?

- Il convient de mettre en place des communications ciblées et communautaires en direction des groupes les plus vulnérables : Gays, Hommes Trans, HSH. Communiquer en direction de la population générale ne répond à aucune exigence argumentée par des chiffres. Il faut parler aux gays chemsexuels avec leurs codes, leur langage spécifiques.

Un grand nombre de brochures de prévention et de réduction de risques ainsi que des vidéos et d'autres supports existent déjà et sont notamment produits par AIDES avec le soutien de Santé Publique France : aides.org/chemsex

On peut également avoir recours à la communication via la presse communautaire (papier ou en ligne). Les réseaux sociaux sont un excellent vecteur de communication très largement utilisé par nos communautés.

Le dernier point repose sur les campagnes de prévention et de réduction des risques sur les applications de rencontre gays. Nous avons besoin du soutien du Ministre de la Santé car ces applications, refusent au nom de la loi (pénalisation de l'usage de produits psychoactifs illicites) de diffuser nos messages. Ces applications sont le principal mode utilisé pour le recrutement de partenaires sexuels. Tous les chemsexuels y sont inscrits et les positions

radicales de ces applications freinent considérablement l'accès à une information de qualité pour les usagers les plus isolés du soin.

Nous espérons un soutien très fort des autorités de santé sur cette question.

- Pour les hétéros ?

AIDES intervient auprès de tous les publics vulnérables au VIH ou aux hépatites. A ce jour, nos lieux d'accueil ne sont pas fréquentés par des chemsexuels ou chemsexuelles hétérosexuel.le.s dans des proportions qui nous obligeraient à construire des campagnes de prévention ciblées en direction de leurs communautés.

Par ailleurs, à ce jour, il n'existe aucune étude et aucune donnée fiable montrant une pénétration massive de ces pratiques dans d'autres groupes que la communauté HSH.

AIDES a bien identifié certains groupes non gays potentiellement usager de chemsex ou plutôt de cathinones :

- les libertins

- les teuffeurs auprès desquels nous intervenons et qui sont majoritairement en lien avec les structures de RDR en festif. A ce titre, nous avons construit un partenariat avec Techno+ qui a permis de produire une brochure commune sur les cathinones, le GHB/GBL en contexte sexuel et/ou festif.

- Les usagers de produits psycho actifs identifiés comme tels et suivis dans nos CAARUD qui expérimentent les cathinones et peuvent avoir des rapports sexuels,

Il est à noter que, chez les jeunes, il existe une porosité entre les groupes. Ainsi les gays se mélangent à d'autres groupes (dont femmes lesbiennes) plutôt en contexte festif (et rien de sexuel).

Il faut être vigilant sur d'éventuels développements des pratiques liées au chemsex dans d'autres groupes même si ils sont minoritaires mais à ce jour, AIDES demande que des études soient menées pour corroborer cette hypothèse.

9. Quelles sont vos suggestions/propositions pour une stratégie nationale de réduction des risques ?

10. Quelles sont vos suggestions/propositions pour une stratégie nationale de prévention et de prise en charge ?

- Soutenir les associations communautaires qui oeuvrent auprès de ces publics depuis une dizaine d'années.
- Construire des discours de prévention, avec ces acteurs de la RDR et de la lutte contre le sida et les hépatites, communautaires intégrant les spécificités de chaque groupe et en tenant compte de leurs codes, de leurs pratiques
- Lutter contre les discriminations et les stigmatisations dont sont victimes les minorités de genre et les usagers de produits psychoactifs
- Favoriser la prévention. En finir avec la répression qui entraîne des drames humains (et notamment dans les espaces de consommation festifs et/ou sexuels.
- Soutenir, organiser et donner des moyens pour renforcer l'offre pluri-disciplinaire (prévention sexuelle/réduction des risques/orientation vers le soin.
- Sensibiliser les soignants aux questions de genre, d'orientation sexuelle car les mauvaises pratiques, jugements sont des freins à une prise en charge efficace de qualité.
- Donner plus de moyens aux services hospitaliers de prise en charge de la santé mentale dont addictologie et sexologie.
- Déployer une offre en réseau sur l'ensemble du territoire pour lutter contre les déserts médicaux notamment sur la prise en charge de la santé mentale.
- Organiser des parcours de soin pour les usagers les plus vulnérables avec consultations/entretiens réguliers + dépistages + Prep autour d'une approche d'amélioration de la santé globale et de la qualité de vie des usagers.
- Soutenir la mise en place de centres de santé sexuelle et de prise en charge des addictions



1. Quelle est votre champ d'intervention (ou celui de votre association) en rapport avec les pratiques de Chemsex ?

Créée en 2012, Play Safe est une association de prévention en santé. Après avoir commencé par des actions de sensibilisation du milieu de la nuit et de l'évènementiel à la prévention des IST/VIH et usage de drogues, PlaySafe a développé des actions alliant communication et philanthropie pour contribuer à la récolte de fonds et la diffusion d'action de prévention en santé globale. Adepte du marketing social et constatant la pauvreté de la visibilité de la prévention sur le web, PlaySafe innove en 2017 en lançant les premières campagnes digitales de prévention en santé (e-prévention) sur des publics ciblés (ex: primo-consommateurs), étant ainsi l'une des pionnières de l'outreach dématérialisé en France.

Depuis 2018 et suite à une série de décès liées à la consommation de GBL en milieu festif, PlaySafe développe des actions digitales pour informer et sensibiliser les consommateurs, développant une expertise de marketing social digital disruptif où le consommateur reste acteur de sa santé. A cela, s'ajoute une attention particulière aux facteurs structurels facilitant les comportements à risque. La dimension de plaidoyer porte actuellement sur les GAFAM, applications et autres acteurs du web pour lutter contre la banalisation de produits ou comportements délétères et promouvoir une responsabilité sociale.

Seul acteur français spécialisé dans la prévention digitale, PlaySafe développe actuellement des projets européens et multilingues adoptant une démarche d'innovation en santé globale par la création d'outils spécifiques et efficaces pour chaque public.

2. Comment pouvez-vous décrire les personnes concernées (en particulier (HSH/hétéro) ?

Pour le site factice de vente en ligne de GBL lancé en septembre 2019, les données recueillies mettent en avant comme utilisateurs du site +/- 68 % d'hommes et les tranches d'âge sont 25-34 ans, suivis de 35-44 ans, puis les 18-25 ans.

Les premières données recueillies à partir d'un site factice de vente en ligne de NPS que nous avons lancé en avril 2021 mettent en avant des populations de 25 à 34 ans (en 1^{er}) et 18 à 25 ans (sur 14 000 utilisateurs du site depuis avril) et autour de 66,5% d'hommes.

3. Quelles sont les pratiques sexuelles de ces populations selon vos observations ?

Nous comptons parmi les membres de PlaySafe, un sycho-sexologue ayant rédigé un mémoire de spécialisation sur la problématique du chemsex et l'accompagnement en psycho-sexothérapie.

La pratique de terrain met en lumière le fait que le chemsex est une double addiction, à la fois chimique et comportementale. Les chemsexers développent une véritable paraphilie vis-à-vis du chemsex avec une réécriture fantasmatique. La majorité du public concerné a développé une addiction au support pornographique, voire un fetish sur le slam (certains usagers se masturbent uniquement face à des vidéos d'injection et non plus sur des supports pornographiques).

Il est constaté un appauvrissement de la sexualité par lequel les rapports ne sont plus envisageables sans consommation : au départ le produit alimente la sexualité, par la suite la sexualité est un prétexte de consommation.

En phase de sevrage un syndrome d'anhédonie est constaté à 100% des cas. Les atteintes au niveau de l'estime de soi est source de dysérection, pallié par l'usage d'IPDE5 type Viagra ou Cialis.

4. Quels sont les produits utilisés ?

Cathinones avec prépondérance de la 3MMC, GBL, et Crystal Meth

Selon notre site factice, les produits les plus commandés : 3MMC / 4MMC / 4MEC

5. Avez-vous des données qui vous permettent de donner des tendances ?

- Les données collectées sur les sites factices édités à des fins de RDR.
- Un premier article scientifique sur le site factice GBL lancé en septembre 2019 est en cours de rédaction.
- En tant qu'association partenaire de plusieurs établissements gay (dont le plus gros sauna gay français), nous avons suggéré à Monsieur PRISSE de mettre en place une surveillance des pratiques autour du slam dans les lieux de rencontre LGBT parisiens qui pourraient consister à la mise en place de DASRI pour comptabiliser le nombre de seringues recueillies par rapport à la fréquentation des lieux et identifier les substances utilisées.

6. Quelles sont les conséquences, en termes de dommages/maladies/pathologies, que vous constatez ? (NB : question ouverte, mais relancer si besoin sur : addicto, infectieux, santé sexuelle, santé mentale)

Addicto et infectieux : ceci n'est pas notre champ d'action

Santé sexuelle :

- Anhédonie
- Dysérection
- Appauvrissement fantasmatique
- Paraphilie
- Addiction au porno
- Trouble du désir

Santé mentale :

- Dépression
- Déconnexion psycho-corporelle.

7. Quels sont les actions de prévention ou de réduction des risques que :

- Vous mettez déjà en œuvre ?
- Conférence débat autour de la sensibilisation et de la RDR
- Messages sponsorisés afin que des messages de RDR apparaissent avant des sites de NPS
- Travail de SEO / SEA afin de faire remonter la visibilité des contenus des sites de prévention
- Actions de lobbying auprès des GAFAM
- Vous envisagez de mettre en œuvre ?
- Laboratoire d'études et de prévention 3.0 afin de monitorer et de mettre en place une veille sur l'évolution des pratiques et leur visibilité dans l'espace numérique
- Etudes terrain (DASRI, questionnaires...)

8. Quelles sont, selon vous, les canaux d'information efficaces et/ou à privilégier envers ces populations :

- Pour les HSH ?
- Pour les hétéros ?

Internet et les applications, accessibles depuis SMARTPHONE, les produits sont achetés sur internet.

9. Quelles sont vos suggestions/propositions pour une stratégie nationale de réduction des risques ?

Nous nous positionnons de par nos compétences et sur la prévention et sur la RDR, mais spécialement sur la RDR nous travaillons avec des partenaires.

10. Quelles sont vos suggestions/propositions pour une stratégie nationale de prévention et de prise en charge ?

Alerte sur les dangers de la banalisation dans l'espace publique numérique et impact de cette visibilité dans un phénomène d'identification communautaire

Repenser les actions de prévention ciblée grâce aux nouveaux outils des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication.

Intégrer un accompagnement sexologique et psycho-corporel (Sophrologie, Reiki, EFT) systématiquement dans les prises en charges déjà en place.



Octobre 2021

« CHEMSEX BY SAFE » : ACCOMPAGNEMENT PAR LA RDR À DISTANCE ET DISTRIBUTION DE MATÉRIEL PAR LES AUTOMATES

NOTE DE SYNTHÈSE POUR LE Pr AMINE BENYAMINA

1/ Cadre :

Notre intervention auprès des personnes pratiquant le chemsex se caractérise comme suit :

- Accompagnement de 405 chemsexers dans le cadre de la RDR à distance (accueil et accompagnement / tél, mail, visio + envoi postal de matériels de consommation + dépistage à distance)
- Distribution de matériel d'injection via les automates de RDR + accès en « Clic & collecte »

2/ Profils :

Les des personnes auprès de qui nous intervenons ont des profils très variés dont voici les principales caractéristiques :

- Une grande majorité d'hommes (>85%) mais aussi des femmes
- Une majorité de relations homosexuelles (>90%) mais aussi hétérosexuelles et bisexuelles (tant chez les hommes que chez les femmes)
- Pratique du chemsex rarement très récente dans notre file active, souvent 1 à 3 ans mais pour certains bien plus ancienne (>5 ans)
- Nombre de partenaires variables ; rarement pratique seul ou en couple (<10%). Beaucoup ont 2 à 4 partenaires (>50%), mais aussi des groupes avec >=5 voire > 10 partenaires
- Souvent plusieurs contextes de chemsex pour un même individu : seul avec écran, couple, groupe ; à domicile et/ou chez des tiers. Plus rarement (<10%) espace festif, hammam... mais cette pratique est décrite.
- Répartition géographique : usagers répartis sur tout le territoire national ; majorité en ville mais concerne aussi des usagers résidant en zone semi-rurale et rurale

3/ Produits consommés par les usagers dans le cadre du chemsex (déclaratif) :

3MMC*. 4MMC*. 4MEC*. Cocaïne*. Alpha-PVP. Autres cathinones ou RC.*

Méthamphétamine*. MDMA*. Ecstasy. Speed.

Dr Henning. Poppers. GHB. GBL. Cannabis. Alcool. Viagra.

** produits également retrouvés dans les seringues usagées analysées en spectrométrie de masse (programme SAFE avec Université Paris Sud sur les seringues rapportées dans les automates d'échange de seringues en IDF ; ces seringues proviennent de tous les utilisateurs des appareils et pas seulement des personnes ayant des pratiques de chemsex)*

4 / Modalités de consommation

À Safe : plus de 90% des personnes pratiquant le chemsex consomment par injection (+ autres modalités)

+ plug, sniff, inhalation, gobage

5/ Dommages somatiques, psychiques et sociaux

Les principaux dommages cités par les usagers concernés et constatés par les équipes sont les suivants :

Fatigue – troubles du sommeil – effet coupe-faim – perte de poids – phases de forte perte de poids puis de forte prise de poids – douleurs articulaires – fatigue musculaire – dégradation des veines – maux de ventre – troubles digestifs – éruptions cutanées – cravings violents – IST - surdoses

Hypersensibilité – nervosité – hallucinations – paranoïa – troubles de la concentration – perte de contact avec la vie réelle - troubles de l'humeur – mauvaise estime de soi – anxiété – déprime – dépression / phases dépressives – irritabilité – perte de la notion du temps

Troubles de la vie sexuelle – difficulté à prendre du plaisir en dehors du chemsex – aucune rencontre sexuelle sans produit – troubles de la libido – troubles de l'érection – troubles du désir – pas de libido sans produit – images persistantes de scènes d'agression sexuelle – actes sexuels non réellement consentis – Fréquence accrue des prises – Sollicitation constante par les autres : impression d'être dans une immense orgie jamais terminée et qui impacte la vie professionnelle et sociale

Isolement – incapacité à travailler / perte de la motivation au travail – arrêts maladie fréquents – perte d'emploi – séparation des couples

6/ RDR : difficultés constatées

Les difficultés sont multiples et concernent tant les pratiques que l'avant et l'après et ne se réduisent pas à la difficulté d'accès aux matériels :

- Manque d'informations : produits, pratiques de consommation, injection, risques
 - Dispositif de RDR peu connu
 - Difficulté d'accès aux matériels, et en quantité suffisante*
 - Difficulté d'accès à une palette de matériels complète et adaptée* ; évolution de l'utilisation avec l'accompagnement
 - Pouvoir parler dans un même lieu de sexe et de drogues
 - Manque d'accompagnement à l'injection AERLI
 - Dépendance à l'autre : matériels, produits, gestes... absence de maîtrise de la situation ; voire soumission. Besoin d'indépendance, maîtrise, savoirs.
 - Manque de maîtrise et d'outils pour préparer, peser, ... => prises de risques ; surdoses
 - Accompagnement post-consommation ; gestion des situations psy, des descentes complexes...
 - Difficulté pour trouver des lieux d'orientation, délais de prise en charge
- (* avant l'arrivée dans le dispositif RDR à distance)

7/ Actions innovantes mises en place par SAFE

L'arrivée des personnes ayant des pratiques de chemsex dans la file active de SAFE a conduit à développer des actions adaptées à leurs problématiques :

- Palette complète adaptée au chemsex avec notamment des outils RDR adaptés aux pratiques sexuelles (ex : fist), mais aussi des balances pour peser les RC...
- Nouveaux outils : MAD, pipe universelle (expérimentation en cours sur le territoire national avec >80 CAARUD et CSAPA partenaires)
- Site e-ressources : site internet incluant 1 docuthèque, 1 application de suivi et gestion des consommations pour les usagers, 1 espace de communication en ligne avec des professionnels de la RDR et du soin (phase préparatoire mise en œuvre en partenariat avec les CAARUD en charge de la RDR et du soin / attente réponse financement de la phase de développement par le fonds addiction)
- Carnets « experts RDR » : des fiches d'information et formation sur les matériels de RDR et l'éducation à l'injection : les deux premiers carnets (matériels d'injection et éducation à l'injection) sont déjà disponibles pour les professionnels et les usagers

8/ Mesures nécessaires pour améliorer la RDR et la prise en charge :

Deux types de mesures sont nécessaires pour améliorer la RDR et la prise en charge auprès des personnes ayant des pratiques de chemsex :

Renforcer l'autonomie et les savoirs des personnes ayant des pratiques de chemsex :

- Campagne d'information grand public pour faire connaître la RDR et les différentes modalités d'accueil et d'accès aux matériels / dépistage / PrEP etc.
- Document cadre (de consensus) sur les conseils de RDR aux chemsexers (produits, dosages, risques, dépendance, conseils post-consommation) pour former / informer les professionnels et les usagers
- Renforcer la diffusion de supports de formation et information (ex. : « experts RDR ») et les modalités d'éducation à l'injection (pas forcément dans un cadre AERLI dont le cahier des charges est trop contraignant et inadapté pour une large partie de ce public)
- Faciliter l'accès aux matériels de consommation (palette complète + quantités adaptées), incluant des accès 24h/24 et 7j/7

Faciliter l'accompagnement et le soin :

- Prévoir des dispositifs d'accompagnement avant / pendant / après les consommations
- Créer des places / consultations pour des orientations rapides pour la gestion des urgences (notamment psy), les demandes de sevrage etc.

Contacts :

Catherine DUPLESSY

Directrice de l'association SAFE

Tél. : 01 40 09 04 45 / 06 84 81 07 77

Catherine.duplessy@safe.asso.fr

Dr Thomas NEFAU

Président de l'association SAFE

Tél. : 06 64 26 11 35

thomasnefau@gmail.com



Réponses SIS pour rapport et préconisations concernant le Chemsex du Ministère de la Santé

1. Quelle est votre champ d'intervention (ou celui de votre association) en rapport avec les pratiques de Chemsex ?

SIS Association (Sida Info Service) offre un service d'aide à distance pour toute personne en recherche d'information sur le VIH, les IST et les problématiques de santé sexuelle.

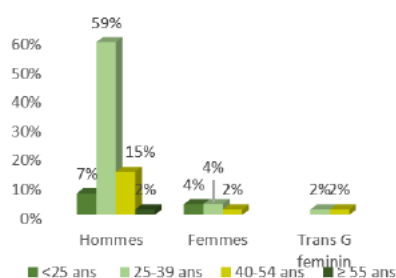
SIS Association a donc un rôle à jouer dans le domaine de l'aide à distance dans le champ du chemsex en permettant de faire le lien entre les usagers et les actions de santé publique, tant sur le volet information que sur celui de l'accompagnement et dans la réduction des risques médico-psychologiques.

Les services de SIS (téléphone, livechat, mail, forum, réseaux sociaux, annuaire avec les adresses des centres de dépistages, des lieux de prise en charge et des associations,...) sont facilement accessibles pour des publics qui peuvent être très mobiles mais aussi à des personnes que l'usage de drogue risque d'isoler tant sur le plan social que médical. Les appelants sont également assurés de recevoir un accueil par des écoutants professionnels qui sont (seront) formés spécifiquement à cette thématique.

Dans le cadre de nos missions, nous sommes amenés à recevoir des appels de personne se questionnant sur le Chemsex. Chaque appel est accueilli avec respect, sans jugement et l'anonymat est garanti.



2. Comment pouvez-vous décrire les populations concernées (en particulier (HSH/hétéro) ?



Les données existantes montrent que les sollicitations concernant le chemsex sont majoritairement masculines (87%). 59% de ces hommes ont entre 25 et 39 ans.

Le contexte du risque montre que dans 47% des cas, il s'agit de rapports entre hommes. Pour plus de la moitié des appels où les usagers l'expriment clairement, les rapports ont lieu sous alcools, drogues et autres stupéfiants. Le partenariat multiple est dans

19% des cas évoqué. C'est dans 6% des cas que le contexte du risque identifie un partenaire de sexe différent.

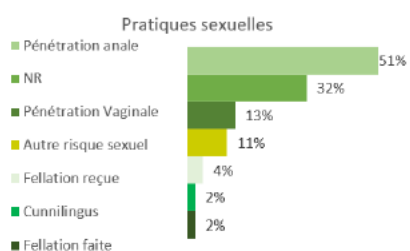
La totalité des appels de femmes sur cette question montre un contexte du risque sous alcool, drogue et autres stupéfiants. Les rapports non désirés et ou viol sont exprimés dans 80% de leurs sollicitations. Elles ont majoritairement un âge compris entre 25 et 39 ans. On note 2 trans de genre féminin âgées de respectivement de 31 et 45 ans dont le contexte du risque était clairement identifié « chemsex »

Trans de Genre féminin de 31 ans

Chemsex : femme transgenre, fait des soirées chemsex depuis 2016 très régulièrement. Ne peut plus avoir de rapport sexuel sans consommation de produits, et fait des soirées chem parfois sans participer aux pratiques sexuelles, juste pour consommer. Gros problèmes financiers à cause de ça, précarité sociale, dettes, tribunal etc. Demande des renseignements sur sa prise de Prep à la demande. A entamé des démarches sur Paris pour être suivie en addictologie mais c'est difficile pour elle de changer de schéma. Aimerais retrouver sa capacité à faire la fête et à faire du sexe sans consommer de produits.



3. Quelles sont les pratiques sexuelles de ces populations selon vos observations ?



Les pratiques sexuelles des hommes « chemsexuels » sont dans plus la moitié des cas des rapports de pénétrations anales, sachant que plusieurs pratiques sexuelles peuvent-être évoquées simultanément. Dans 32% des cas la pratique sexuelle n'est pas clairement identifiée. Les usagers sous chemsex évoquent des doutes voire des oublis sur le déroulement de leurs rapports.

Homme de 25 ans

Très inquiet a du mal à parler... dit être gêné mais sait pas à qui en parler pense avoir pris des gros risques sida...En fait soirée avec prise alcool et drogue dont Ghb, se rappelle des moments et pas tout non plus... pénétrations dans la journée de hier c'est sûr avec au moins 3 mecs... il était passif.... Ne sait pas trop s'il était ok ou pas c'est brumeux dans sa tête c'est levé ce matin totalement vaseux dit-il comprend pas pourquoi il a fait ça car est hétéro... info TPE et oriente

4. Quels sont les produits utilisés ?

Lorsque les produits sont évoqués on compte la drogue de synthèse GHB (gammahydroxybutyrique), la MDMA (méthylènedioxyméthamphétamine), de la méthamphétamine, kétamine, la cocaïne, 3MMC...

Homme 55 ans

ChemSex. Mon copain m'a annoncé avoir eu des amants, et consommé des produits avec eux : 3MMC, shit et autre "Il me dit ne plus avoir le contrôle. Je ne sais pas quoi faire, je vais déjà penser à moi et penser à me protéger"



5. Avez-vous des données qui vous permettent de donner des tendances ?

I. Données des fiches d'appel

Ce que nous voyons fréquemment c'est qu'à partir de nos données, on remarque une insuffisance voire une négligence des moyens de prévention contre le VIH et/ou les autres IST.

Le préservatif

Sur l'ensemble des « chemsexuels », on estime à **43%** le nombre de relation sexuelle sans préservatif, mais avec **26%** qui disent être sous Prep, ce qui pourrait justifier l'absence de préservatif.

Le TPE

Concernant le VIH, dans **22%** des cas, l'utilisateur exposé au risque est soit en demande d'information soit en demande d'orientation vers un TPE.

La Prep

Dans **24%** des cas la prise de la Prep est évoquée. L'effet des produits altérant la lucidité du consommateur, son efficacité est remise en cause. La plupart de ceux qui nous ont contacté, ont fait part d'inquiétudes et de doutes quant à la prise du traitement en temps et en heure.

Homme de 34 ans

Des doutes sur sa prise de Prep après soirée Chemsex ce weekend, en pleine redescende du produit montée d'angoisse.

Jeune homme de 28 ans

A démarré sa Prep ce vendredi, par 2 comprimés pour s'assurer une protection dès 2h plus tard. Il a enchaîné par un w-end chemsex jusqu'à lundi matin. Sous l'effet de la drogue, du G (entendez GHB liquide à boire), il se dit tellement perché qu'il ne sait plus s'il y a eu début de pénétration anale (pour lui) non protégé ou rien. Un autre gars leur a dit qu'ils étaient tellement « perchés » qu'ils ne se sont même pas rendu compte qu'ils s'étaient pénétrés. Il avait ce fantasme de participer à une soirée chemsex. Il a fait 2 nuits blanches, la descente n'est pas facile, il a dormi toute la journée du lundi et au réveil, il nous appelle. Il voulait juste vivre cette expérience une fois. Il entend néanmoins le warning à mettre un pied dans ces soirées, sur les futures sollicitations, qu'il a déjà reçu. Il dit avoir la tête sur les épaules. "Je ne pense pas y retourner, la descente est trop dure, mais si j'y retourne ce sera vraiment dans longtemps et occasionnellement".

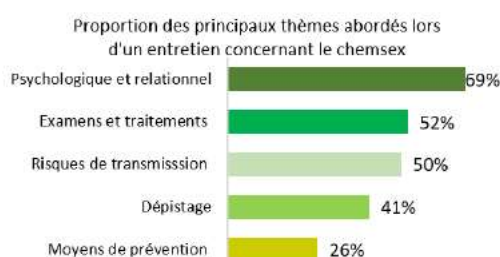


II. Requêtes sur le site Sida Info Service

- Le chemsex c'est : **4076 pages** vues en 2020 sur les sites de sida info service (0.06% des pages annuelles consultées)

6. Quelles sont les conséquences, en termes de dommages/maladies/pathologies, que vous constatez ? (NB : question ouverte, mais relancer si besoin sur : addicto, infectieux, santé sexuelle, santé mentale)

Une forte exposition au VIH (évoqué dans 83% des sollicitations) mais aussi aux autres IST, ils sont présents dans **28%** des cas lors des échanges.



Concernant la santé mentale, les entretiens menés sur cette question, révèlent que le psychologique occupe **7 fois sur 10** le contenu des échanges. Ces aspects psychologiques sont marqués par des peurs et des craintes, éventuellement face aux expositions aux risques de transmission du VIH et des

autres IST.

La crainte pour certains usagers de sombrer dans l'addiction, se retrouve dans un bon nombre de ces sollicitations.

Répartition des aspects psychologiques relevés au cours d'un entretien sur le chemsex



Homme

"Mon compagnon et moi sommes prêts à voir un addictologue. Nous sommes tous les deux tombés dans le chemsex..."

Appels de tiers, Homme de 42 ans

Son frère est dans la dépendance au chemsex, il décrit toutes les difficultés que cela engendre au sein de la famille et l'aggravation avec le confinement.



7. Quels sont les actions de prévention ou de réduction des risques que :

Vous mettez déjà en œuvre ?

Les actions de prévention déjà mis en œuvre sont basés sur notre expertise à l'écoute. Elles résident dans la bonne information et le soutien qui se veulent personnalisés. La prise en compte de l'état psychologique de nos usagers est courante dans notre fonctionnement. Une orientation (si nécessaire) adaptée est proposée à chaque usager. Notre expérience à l'écoute et au temps consacré à chaque personne sollicitant nos dispositifs contribuent à la réduction des risques.

- Dossier information sur nos sites :
<https://www.sida-info-service.org/questions-chemsex/>
<https://www.sexualites-info-sante.fr/chemsex-et-consommation-de-drogues/>

- Campagnes réseaux sociaux : des exemples de post



Pour arrêter le chemsex, il n'y a malheureusement pas de formule magique. Arrêter brutalement sa consommation sans regarder ce qui nous pousse à consommer ou encore l'équilibre de vie dans lequel cette consommation de produit psychoactif s'inscrit, c'est prendre le risque de la rechute et de la frustration qui l'accompagne, sans parler des dangers à long terme.

L'échange avec des personnes de confiance ou des professionnel.le.s de santé peut aider dans ce travail de compréhension. Un.e professionnel.le de santé va aider à prendre du recul ou encore à diagnostiquer un trouble qui entre dans l'équation.

Le regard sur soi, sur ses pratiques, sur son identité sont souvent des choses qui reviennent dans les consommations problématiques et qui peuvent être désamorçées avec l'aide d'un tiers.

L'arrêt du chemsex, ou de la consommation de drogues, ne se décrète pas forcément d'un coup. Il est parfois conseillé d'y aller progressivement, en se fixant des objectifs atteignables afin de s'éviter la frustration des échecs répétés.

Espacer peu à peu les prises, réduire les dosages, remplacer un produit qui nous pose plus de difficulté par un autre, plus simple à gérer, etc.

Vous pouvez, par exemple, anticiper les moments où vous êtes susceptible de céder en vous donnant des choses à faire pour vous distraire ou en voyant du monde.

Chacun.e gèrera à sa manière ce parcours, parfois long et souvent semé d'embûches. On ne saurait trop vous conseiller de vous faire aider si vous pouvez faire appel à une personne bienveillante et non jugeante. Dans tous les cas sachez qu'il n'y a aucune honte à demander de l'aide, que ce soit à un.e proche ou à un.e professionnel.le.



L'usage de drogues est toujours associé à des risques.

Les substances spécifiques utilisées dans le contexte du chemsex (cathinones, cocaïne, méthamphétamine, ecstasy/MDMA, kétamine, GHB...) présentent des risques importants. Certaines créent une extrême dépendance. Cela peut mener à des dépressions, à de l'isolement social, à la perte de son emploi ou à des problèmes financiers.

La prise de ces produits augmente fortement le risque de contracter des IST, telles que le VIH, la syphilis et l'hépatite C (en cas de partage de matériel d'injection).

La désinhibition peut également poser des problèmes en cas de blessures pendant des pratiques extrêmes.

Certaines personnes verront également leur jugement altéré par la prise de produits. Cela pose des problèmes concernant le consentement libre et éclairé nécessaire à certaines pratiques.

Et bien évidemment il existe des risques de bad trip, d'overdose et d'interactions avec d'autres substances. On observe également des comportements compulsifs, des malaises, des pertes de connaissance et dans certains cas, la mort.

C'est sur Instagram que le post Comment arrêter le chemsex ? a suscité le plus de likes (187) et le plus de commentaires (10).



- Formation écoutants : afin de permettre aux écoutants de répondre efficacement aux demandes des usagers, des formations sont régulièrement mises en place

Vous envisagez de mettre en œuvre ?

- Sur Sida Info Service, actualisation du dossier en ligne sur le chemsex en fonction des nouveautés scientifiques et sociologiques liées à cette question.
- Même stratégie pour l'article publié sur Sexualités Info Santé.
- Sur les réseaux sociaux, poursuite de la publication régulière de posts d'information sur les risques liés au chemsex.
- Des permanences dédiées ainsi que par des webinaires où les usagers pourraient envoyer leurs questions en amont.

8. Quelles sont, selon vous, les canaux d'information efficaces et/ou à privilégier envers ces populations :

- Pour les HSH ? : réseaux sociaux, sites internet communautaires, flyers en partenariat avec les associations communautaires.
- Pour les hétéros ? : réseaux sociaux, site internet grand public, flyers sur supports grand publics (presse quotidienne, panneaux bus, métro Decaux, ..)

9. Quelles sont vos suggestions/propositions pour une stratégie nationale de réduction des risques ?

- Des actions de terrain dans les lieux de rencontres en lien avec associations
- Une information plus large (diffusion de carte memo, flyers) sur les dispositifs ouverts aux personnes pratiquant le chemsex de toutes les associations (dont SIS Association) qui pourront s'impliquer dans ce projet.

10. Quelles sont vos suggestions/propositions pour une stratégie nationale de prévention et de prise en charge ?

Un travail de partenariat avec les associations de terrain afin d'orienter en cas de besoin les « chemsexuels » sur nos dispositifs d'écoute lorsque les risques d'exposition VIH et IST sont identifiés. Par ailleurs nos données recueillies à partir des fiches de restitutions, permettent un suivi des sollicitations en temps réel et/ou sur une période donnée. L'observatoire de notre association après extraction des données est en capacité de fournir un compte rendu d'éléments indispensables à la mise en place de stratégie de réduction des risques. Les études suite à l'analyse des données orienteraient efficacement la prévention et la prise en charge sur la pratique du chemsex.