

PSYCHOTROPES

REVUE INTERNATIONALE

DES TOXICOMANIES ET DES ADDICTIONS

Chemsex

vol. 30

n° 2-3
2024

Psychotropes est diffusée en ligne en texte intégral sur le portail www.cairn.info depuis le numéro 2001/1 jusqu'au dernier numéro paru.

© De Boeck Supérieur, 2024
Belgique
RPM 0578 874 521

Correspondance
Revues De Boeck Supérieur
c/o Cairn.info
26 rue Edouard Lockroy
75011 Paris - FRANCE

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

ISSN 1245-2092
ISBN 978-2-8073-8087-5

SOMMAIRE Vol. 30 – n° 2-3 – 2024

Éditorial

Pierre Polomeni..... 5

DOSSIER : *CHEMSEX*

***Chemsex* : il est temps d'agir !**

Thomas l'Yavanc..... 13

Liens entre la prise en charge, la psychothérapie et les facteurs déterminants dans les pratiques problématiques du *chemsex*, selon une expérience clinique

Muriel Grégoire..... 17

Pratique du *chemsex* en France :

actualisation des données d'addictovigilance

Anne Batisse, Leila Chaouachi, Johan Thiery,
Anne Roussin, Cécile Chevalier, Anne-Sylvie Caous,
Aurélien Aquizerate, Liselotte Pochard, Émilie Bouquet,
Reynald Leboisselier, Amélie Daveluy, Célian Bertin,
Bruno Revol, Hélène Peyrière 37

La pratique du *chemsex* dans les enquêtes nationales

Rapport au sexe (ERAS) auprès des hommes

ayant des rapports sexuels avec des hommes :

évolutions entre 2017 et 2023

Annie Velter, Perrine Roux 53

Une initiative thérapeutique innovante.

L'exemple de la mise en place d'un parcours de soin dédié au *chemsex* dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital Saint-Louis

Iris Bichard..... 75

***Chemsex* et sexualité. Caractériser les facteurs de vulnérabilité, les besoins des patients et les approches sexologiques lors d'une intervention en milieu hospitalier**

Alexandre Aslan, David Lessard, Bertrand Lebouché 85

Évaluation de la santé sexuelle des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, suivis en consultations d'addictologie à Montpellier pour un usage du <i>chemsex</i>	
Hélène Donnadieu, Marion Ambrosino	115
Le <i>chemsex</i> en psychiatrie : des effets systémiques ?	
Jean-Victor Blanc	137
Sevrages GBL en milieu hospitalier : un retour d'expérience	
Dorian Rollet, Melody Moya, Julien Azuar, Franck Questel, Romain Icick.....	151

VARIA

L'utilisation du cannabis dans la gestion des consommations d'autres substances psychoactives. Une enquête par questionnaire auprès de personnes utilisatrices de cannabis en France	
Martin Bastien, Fabienne Lopez, Pierre Chappard, Perrine Roux	171

À LIRE

<i>Déraillée</i>, Jo Mouke et Julien Rodriguez, Éditions Le Passager clandestin, 2022	201
<i>Les ordalies. Rituels et conduites</i>, Christophe Archan, Raymond Verdier, Marc Valleur, Gilduin Davy et Gérard Courtois (dir.), Éditions Mare & Martin, 2022 ...	203

Éditorial

Pierre Polomeni

Rédacteur en chef

pierre.polomeni@gmail.com

Nous présentons dans notre numéro double 2024, un dossier « *chemsex* ». Par rapport aux autres addictions, le « *chemsex* » a une importance statistique en termes de nombre de personnes concernées, non corrélée à son importance médiatique. Nous posons cependant qu'aux dommages et aux souffrances des usagers répondent les difficultés des soignants, confrontés à des questions cliniques, théoriques et organisationnelles majeures, ces éléments stimulant partenariats et recherches.

Dans cette logique, nous publions dans ce dossier des présentations de la première Journée Scientifique du Réseau *Chemsex* (JSRC) consacrée à ce sujet et qui s'est tenue à Paris en juin 2023. Ce dossier a été coordonné par Annie Velter et Thomas l'Yavanc. Si les travaux présentés sont souvent le reflet d'investissements d'équipes hospitalières, nous sommes particulièrement attentifs aux travaux des associations (telles que le Kiosque ou le 190 à Paris, AIDES et bien d'autres en France) qui font un travail complémentaire avec des axes d'interventions et des outils différents. Nous aurons à cœur de publier prochainement ces actions.

Ce dossier comporte tout d'abord une présentation de la Journée par Thomas l'Yavanc. Il est intéressant de noter que la définition du terme apparaît bien sûr dans cet article initial – qui l'attribue à David Stuart dans les années 2000 à Londres – mais est reprise dans la plupart des articles. Cette exigence, ces précisions indiquent probablement quelques difficultés conceptuelles autour de ce même terme. L'auteur nous rappelle que « l'intentionnalité est importante », c'est-à-dire que les consommations sont délibérément orientées vers et pour des rapports sexuels, entre partenaires informés, au cours de

« sessions » durant plusieurs heures ou plusieurs jours. Son expansion en France sur 15 ans fait cohabiter probablement de nombreux « *chemsex* » sans problèmes, mais aussi des comportements à risques physiques (dont infectieux), psychiques et sociaux majeurs. Ce texte introduit aussi les grandes difficultés de prise en charge par un nombre trop faible d'équipes formées et disponibles.

De ses différents lieux de pratique, Muriel Grégoire partage son importante expérience clinique, en interrogeant les multiples facteurs qui interviennent dans la genèse du *chemsex* et en identifiant certains outils. Deux axes majeurs traversent ce travail :

- La question des risques (VIH...). « Le rapport à la vie, à la mort, est à interroger et on ne peut s'empêcher de penser aux conduites ordaliques ». « La thérapie va permettre de mettre au jour des mécanismes, et notamment de répétition liée à l'histoire du sujet ». Plusieurs approches thérapeutiques – centrées sur les émotions par exemple – sont tentées pour le meilleur bénéfice possible. L'autrice observe aussi que l'approche communautaire est très importante « hors même des associations classiques ».
- L'autre orientation de cet article est d'interroger la place du *chemsex* « au carrefour », et la place des addictions dans notre société, sa façon de porter – ou pas – des valeurs d'ouverture et de tolérance accueillant les LGBT dans leur réalité et leurs spécificités.

Anne Batisse et les différents CEIP-A français proposent une actualisation des données françaises. On observe des comportements de *chemsex* en France à partir de 2009, favorisés par l'apparition de Nouveaux Produits de Synthèse (NPS) accessibles sur internet, en particulier de la famille des cathinones de synthèse. Le travail des CEIP-A met cependant en évidence des comportements sexuels à risque avec d'autres substances comme la cocaïne ou les amphétamines (MDMA/ méthamphétamine), la kétamine ou le GHB/GBL. La population principalement concernée est la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Une évaluation macroscopique multi-sources (DRAMES, NotS...) du phénomène *chemsex*/slam permet d'en appréhender l'évolution et de définir les axes d'interventions prioritaires, tels que les maladies infectieuses.

L'enquête ERAS (Enquête Rapport Au Sexe) est présentée par Annie Velter et Perrine Roux. Cette enquête (en ligne,

auto-administrée) a été réalisée quatre fois entre 2017 et 2023. Elle montre que la pratique du *chemsex* est stable depuis 2017 et identifie les caractéristiques des participants qui pratiquent ou non le *chemsex*. Il semble associé – pour un nombre minoritaire d’usagers – à des comportements à risques, à une fragilité, un « profil de vulnérabilité », ce qui fait que les conséquences du *chemsex* sont potentiellement multiples, en termes de santé mentale ou psychosociale. Adapter les services de prévention et de soins aux spécificités du *chemsex* apparaît dans ces travaux comme un enjeu important.

Le *chemsex* a bien sûr amené à faire évoluer les structures de soins et les pratiques autour des présupposés ou de la réduction de risques. Ainsi, le service des Maladies infectieuses et tropicales de l’hôpital Saint-Louis (AP-HP) dirigé par le Pr. Molina qui assure notamment le suivi de la PrEP, du VIH et des IST (infections sexuellement transmissibles) de plusieurs milliers de HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes) a décidé en 2019 de s’organiser pour proposer un accompagnement aux personnes dans le besoin vis-à-vis de cette pratique. Iris Bichard, chargée de mission recherche et infirmière, nous propose un bilan des quatre premières années de ce fonctionnement dans les suites de formations et de sensibilisation de tous les professionnels du service.

Dans la logique de ce travail, Alexandre Aslan et ses collègues canadiens font une analyse d’une grande exhaustivité des facteurs de risques des hommes gais, bisexuels ou ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes (GBHSH) et explore les approches sexologiques possibles. Une enquête en ligne a été réalisée et montre que « “tout se passe comme si” une population était particulièrement exposée à des risques de développer des troubles d’usages liés à ces pratiques, avec des implications particulières dans le contexte du *chemsex* ». Des actions spécifiques de réduction des risques suivent cette analyse. Le *chemsex* est ainsi – aussi – interrogé comme une automédication pour résoudre des problèmes sexuels, justifiant l’intérêt du parcours de soins en santé sexuelle mis en place dans certains services, dont l’hôpital Saint-Louis et l’importance des échanges entre les différents champs (addictologie, sexologie...).

Cette analyse est partagée par Hélène Donnadieu et ses collègues de Montpellier qui se sont interrogées sur l’impact du *chemsex* sur la qualité de vie et la satisfaction sexuelle des usagers. Une étude observationnelle a été menée par la passation du questionnaire

MSHQ. Des perturbations érectiles et surtout éjaculatoires sont mises en évidence, en lien potentiel avec la faible estime d'eux-mêmes ressentie par nombre de personnes engagées dans des relations homosexuelles. D'autre part, cette étude met en évidence l'importance de l'usage associé de médicaments favorisant l'érection. Ce constat met à nouveau en lumière « l'impact des substances et de la pratique sur la qualité de vie en santé sexuelle et la nécessité d'élaborer des questionnaires adaptés à cette population d'utilisateurs ».

Jean-Victor Blanc détaille, à partir de son expérience à l'hôpital Saint-Antoine et d'une revue de la littérature, les effets psychiques associés au polyusage des substances utilisées pour le *chemsex* (cathinones de synthèse, méthamphétamine...). En conséquence, il est possible d'identifier des complications psychiatriques associées au *chemsex* (pharmacopsychose...) et des comorbidités fréquemment rencontrées dans ce contexte (dépression...). Ces données indiquent l'importance d'une évaluation et de la compréhension des antécédents psychiatriques chez les *chemsexuels* et donc d'une double prise en charge face à ces troubles co-occurents.

Enfin, Dorian Rollet et l'équipe de l'hôpital Lariboisière s'intéressent au sevrage du GBL/GHB. Cette substance « bon marché » peut remplacer les produits classiques dans la pratique du *chemsex*. De fait, sa consommation est en augmentation ainsi que la demande de sevrages hospitaliers. On note que, parmi les patients hospitalisés pour sevrage GBL, la part des HSH est de 71 % et 76,4 % présentent des pathologies psychiatriques. Ces consommations, quotidiennes dans 77,4 % des cas sont à risques de complications dans le temps de sevrage, tels que des épisodes confusionnels, et nécessitent des doses parfois importantes de benzodiazépines.

Ce dossier est suivi, comme pour toute parution de notre revue, d'un « VARIA », un article original portant sur un thème différent du dossier. Pour notre numéro 2024/2-3, nous publions un travail de Martin Bastien, Fabienne Lopez, Pierre Chappard et Perrine Roux qui s'intéressent à l'usage du cannabis en alternative ou complément à d'autres substances psychoactives (SPA). Leur étude, première en France de ce type, analyse les résultats d'une enquête collaborative par questionnaire en ligne. L'objectif était d'interroger l'utilisation du cannabis dans le but de « maîtriser, réduire ou arrêter les consommations d'autres substances psychoactives, légales, illégales ou prescrites médicalement ». Plutôt que de rester seulement expliquée par

l'hypothèse « cannabis=produit de substitution », cette utilisation s'intégrerait dans une diversité de parcours de consommation et de parcours de soin et pourrait représenter pour certains une « stratégie spontanée d'appropriation de ses consommations et ainsi de sa santé ». D'autres travaux en cours pourront permettre de mieux identifier l'utilisation du cannabis, prescrit ou autogéré, dans le parcours de consommation des usagers.

Enfin, deux notes de lecture complètent notre ouvrage :

- *Déraillée* (Jo Mouke et Julien Rodriguez), publié aux Éditions Le passager clandestin.

Déraillée est un roman graphique qui nous plonge dans l'histoire de Pénélope Renard, jeune femme déprimée accro à la cocaïne, atterrissant dans le monde inconnu de la psychiatrie. Cet ouvrage propose une belle et actuelle illustration des enjeux et des représentations de la psychiatrie et de l'addictologie, leur méconnaissance, la stigmatisation, les difficultés rencontrées par leurs acteurs et leurs usagers. « Les observations sont fines, le graphisme accrocheur, l'édition impeccable »

- *Les ordalies. Rituels et conduites*

Ce livre collectif (Christophe Archan, Raymond Verdier, Marc Valleur, Gilduin Davy, Gérard Courtois), publié en 2022 par les éditions Mare & Martin dans la collection « Droit & Science politique », constitue le pendant éditorial au colloque organisé en décembre 2018 par le Centre d'Histoire et d'Anthropologie du Droit de l'Université de Paris-Nanterre intitulé *Rituels et conduites ordaliques – Injustices et vérités*. L'ouvrage nous présente l'ensemble des caractéristiques de l'ordalie « institution de type judiciaire comportant une épreuve engageant la vie de l'auteur présumé d'une transgression », non pas d'un point de vue abstrait mais concrètement dans la vie même de telle ou telle société. Il se structure en quatre parties, chacune traitant d'un complexe thématique, historique et géographique, et constitue un remarquable outil de travail permettant d'approfondir séparément une caractéristique de l'institution ou d'en apprendre l'expression entière ou partielle, dans une société.

DOSSIER : CHEMSEX

Éditorial

Chemsex : il est temps d'agir !

Thomas l'Yavanc

Addictologue, Le 190, Centre de santé sexuelle

Le *chemsex*, contraction de « chemical sex », est une pratique sexuelle apparue depuis la fin des années 2000 dans la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Le *chemsex* est défini comme l'utilisation de produits psychoactifs avant ou pendant une activité sexuelle planifiée dans le but d'en maintenir, améliorer, désinhiber ou faciliter l'expérience (Edmundson, 2018). L'intentionnalité est donc importante, il ne s'agit pas de consommations festives suite auxquelles des rapports sexuels pourraient survenir, mais bien de consommations prévues spécifiquement pour des rapports sexuels, organisées entre partenaires informés. Les produits utilisés, appelés « chems », sont pour la plupart des drogues de synthèse : les plus utilisées en France sont les cathinones de synthèse notamment la 3MMC (3-méthylméthcathinone), le GHB et son précurseur le GBL, la méthamphétamine mais de façon moins fréquente que dans les pays anglo-saxons, et parfois la cocaïne ou la kétamine (Batisse, 2022). Ces produits peuvent être pris seuls ou associés, le plus souvent lors de sessions durant plusieurs heures, voire quelques jours. Ils sont consommés par différentes voies : par voie inhalée le plus souvent (« sniff »), en instillation intrarectale (« plug »), par voie orale enveloppés dans une feuille de papier (« parachutes »), et par voie intraveineuse. Pour cette dernière voie, dont l'effet est réputé puissant, on parle alors de « slam » (« claque » en anglais). Enfin, la méthamphétamine peut être fumée. Le GHB/GBL est bu, le plus souvent dilué dans des boissons.

Le terme « *chemsex* » est un terme communautaire, apparu au cours des années 2000 en Angleterre. David Stuart, activiste, militant, puis responsable du service addictions à la clinique de santé sexuelle communautaire « 56 Dean Street » à Londres, est un des premiers à l'avoir utilisé. Il a expliqué comment les « *chemsex clubs* », qui désignaient initialement des groupes de consommateurs en sex-clubs ou saunas, ont donné le terme « *chemsex* » lors du développement de la pratique suite à l'apparition des applications de rencontre (Stuart, 2019). En France, c'est à partir de 2011 que les associatifs ont commencé à recueillir des témoignages sur l'usage de substances psychoactives par voie injectable lors de pratiques sexuelles chez des gays : c'est ainsi qu'en 2013 l'association AIDES publie une première étude qualitative décrivant la pratique du slam. Cette étude, dès 2013 donc, décrit aussi les besoins spécifiques des slameurs en termes d'information, de méthodes de Réduction de Risques et des Dommages (RdRD) et de prise en charge médicale (Aides, 2013). Au cours des années 2010, alors qu'il était initialement plutôt décrit chez des personnes vivant avec le VIH et habitant les métropoles, le *chemsex* se développe dans l'ensemble de la communauté HSH : chez les séronégatifs pour le VIH, chez les plus jeunes et chez les plus âgés, dans les plus petites villes (Batisse, 2022). Enfin, plus récemment, il s'est encore développé pendant les périodes de confinement en lien avec la pandémie de Covid (L'Yavanc, 2023). D'une pratique minoritaire et émergente, il est maintenant devenu une pratique installée solidement dans la communauté HSH. La prévalence de la pratique du *chemsex* est très variable selon les études et les terrains : en France, selon l'enquête Prevagay, menée en 2015 auprès des HSH fréquentant les rassemblements sociaux gays dans cinq grandes villes, la prévalence du *chemsex* était de 21 % et pour le slam de 1,6 % (Trouiller, 2020). Si cette estimation est la bonne, la population concernée serait potentiellement de 100 000 à 200 000 personnes (Benyamina, 2022).

Même s'il est probable que nombre de *chemsexuels* pratiquent sans que cela n'affecte notablement leur santé, nombreux sont ceux qui en subissent les complications multiples : complications sexologiques, complications psychiatriques, complications addictologiques, surdosages et décès, complications infectiologiques (VIH, VHC, IST, abcès aux points d'injection ou encore infection au Monkeypox par exemple). Heureusement, la PreP VIH et le traitement efficace de l'hépatite C permettent aujourd'hui de contrôler en grande partie le risque viral. Mais hormis ces deux derniers points, peu d'avancées

significatives sont à noter dans les dix dernières années. Malgré des données épidémiologiques claires, des décès réguliers, des cas très voire trop médiatisés, un rapport ministériel, des prises de position publiques de personnalités ou d'associations, les défis restent nombreux. Les *chemsex* nécessitant des soins font toujours face à un manque de structures de soins adaptées ; les soins nécessaires restent le plus souvent cloisonnés entre la santé sexuelle, les services d'infectiologie et les structures de psychiatrie et d'addictologie ; les méthodes de RdRD spécifiques au *chemsex* sont peu diffusées en dehors des structures associatives communautaires LGBT ; les professionnels formés sont peu nombreux et souvent saturés ; les données scientifiques sont toujours très limitées : peu de recherche sur le sujet, toujours pas de cohorte de *chemsex*, pas d'étude thérapeutique, pas de recommandations de prises en soins.

C'est dans ce contexte que s'est tenue à Paris le 29 Juin 2023 la première Journée Scientifique du Réseau Chemsex (JSRC). Cette journée, organisée par un réseau de soignants et d'acteurs communautaires impliqués dans la prise en soins de *chemsex*, avait trois principaux objectifs : faire se rencontrer les soignants des domaines les plus concernés (infectiologie, santé sexuelle, addictologie), leur fournir une mise à jour des données existantes et mettre en avant les exemples de structures ayant organisé un parcours de soins pour les *chemsex*. Comme pour ce numéro thématique, l'objectif final était de faciliter et de motiver la création de structures, réseaux et filières de soins nouvelles pour enfin répondre à l'ampleur du problème. Le *chemsex* n'est plus un phénomène émergent mais un phénomène massif chez les HSH : il est temps que la recherche et l'offre de soins s'organisent et répondent enfin à l'ampleur des besoins.

Bibliographie

- Aides. Slam : première enquête qualitative en France. Février 2013. https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=15732
- Bâtisse, A., Eiden, C., Deheul, S., Monzon, E., Djeddar, S., Peyrière, H. (2022). *Chemsex* practice in France: An update in Addictovigilance data. *Fundam Clin Pharmacol.*, 36(2), 397-404. doi:10.1111/fcp.12725. Epub 2021 Sep 14. PMID: 34494320.
- Benyamina, A. (2022). Rapport *Chemsex* 2022 pour le ministre de la Santé. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/284486.pdf>
- Edmundson, C., Heinsbroek, E., Glass, R., Hope, V., Mohammed, H., White, M., Desai, M. (2018). Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of

- the literature. *Int J Drug Policy*, 55, 131-148. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.02.002. Epub 2018 Apr 4. PMID: 29625796.
- L'Yavanc, T., Gosset, D., Plathey, M., Jedrzejewski, T., Gazalet, P., Lasry, S., Pierre, N., Kachal, A., Fremondiere, M., Ohayon, M., Palich, R. (2023). "190" working group. Is There a Reduction in *Chemsex* Practice in Men who have sex with men during Covid-19 Lockdown? Results of the CheRRLock Study. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 92(5), 378-384. doi:10.1097/QAI.0000000000003153. PMID: 36562613.
- Stuart, D. (2019). *Chemsex*: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today*, doi:10.1108/dat-10-2018-0058
- Trouiller, P., Velter, A., Saboni, L., Sommen, C., Sauvage, C., Vaux, S., Barin, F., Chevaliez, S., Lot, F., Jauffret-Roustide, M. (2020). Prevagay group. 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*, 79, 102703. doi:10.1016/j.drugpo.2020.102703. Epub ahead of print. PMID: 32259771.

Liens entre la prise en charge, la psychothérapie et les facteurs déterminants dans les pratiques problématiques du *chemsex*, selon une expérience clinique

Links between treatment, psychotherapy,
and determining factors in problematic
chemsex practices: An analysis
based on clinical experience

Muriel Grégoire

Psychiatre addictologue, CSAPA Villa Floréal,
230 av. du Petit Barthélémy, 13100 Aix-en-Provence
muriel.gregoire@ch-montperrin.fr

Résumé : Le chemsex est l'usage de produits psychoactifs en contexte sexuel, quelle que soit la voie d'usage dans la population HSH, en vue d'augmenter le plaisir et d'améliorer les pratiques sexuelles. Les premiers chemsexuels viennent dans les centres de soins addictologiques depuis une douzaine d'années. C'est à partir de ces rencontres que j'ai développé un type d'accompagnement qui s'est construit avec les usagers. Quelques techniques théoriques de base ont enrichi ces accompagnements thérapeutiques. Ce texte va expliciter le travail thérapeutique de suivi en CSAPA, avec les dimensions

travaillées issues de ce travail et la description des facteurs spécifiques qui concourent à rendre cette pratique problématique, voire addictive.

Abstract: Chemsex is the use of psychoactive substances in a sexual context, irrespective of how the substances are consumed, by MSM in order to improve sexual performance and increase pleasure. Members of the first generation of chemsexers have been coming to addiction treatment centers for the past dozen years. During these encounters I developed a type of support in conjunction with the users. I have drawn on some basic theoretical techniques to enrich this therapeutic support. This text will describe the therapeutic work done with patients of an addiction treatment and prevention center (CSAPA), the issues that emerge from this work, and the specific factors that contribute to making the practice of chemsex problematic or even addictive.

Mots-clés : chemsex, facteurs de vulnérabilité, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, communautaire, psychothérapie, homophobie, VIH, cathinones, GHB, narration, plaisir, santé sexuelle

Keywords: chemsex, vulnerability factors, men who have sex with men, community, psychotherapy, homophobia, HIV, cathinones, GHB, storytelling, pleasure, sexual health

Le *chemsex* (« chemical sex ») est un terme communautaire qui décrit une pratique alliant sexe et produits psychoactifs, principalement stimulants et le GHB, afin d'augmenter le plaisir sexuel et de varier les pratiques, qui se développe depuis plus d'une dizaine d'années. L'alliance des produits psychoactifs (« chemicals ») et de la sexualité n'est pas nouvelle, mais la fréquence des sexparties, du sexe à plusieurs, la place d'internet pour l'achat des produits et les applications de rencontres dans le milieu HSH en font sa spécificité. Le slam se définit par l'usage de ces produits stimulants par injection, terme aussi communautaire signifiant « claquer » pour indiquer la puissance et la rapidité de l'effet ressenti.

Nous allons voir à travers les facteurs les plus fréquemment rencontrés dans notre clinique, qui concourent à rendre ces pratiques problématiques, voire addictives, le type de prise en charge et de

psychothérapies que nous proposons et les questions posées au cours de la prise en charge. Cet article est écrit à l'aune de plus de douze années d'expérience de suivi en CSAPA hospitalier et aussi en centre communautaire.

C'est tout d'abord à l'hôpital Marmottan que j'ai rencontré les premiers « slameurs » et où nous avons pu développer cette consultation, accompagnée parfois d'hospitalisations (Grégoire, 2016a). Nous nous sommes mis aussi en lien avec les rares structures, associatives et communautaires, qui s'en occupaient aussi pour étayer la prise en charge et la compréhension de ces pratiques (Grégoire, 2016a).

Il est intéressant de noter que, pendant environ cinq ans, à partir de 2011 (Batisse *et al.*, 2016), les usagers venant demander de l'aide au centre pratiquaient tous le slam, avaient plus de 40 ans et étaient séropositifs. Les produits utilisés étaient les cathinones de type 4mec, 3 mmc, MDPPV ou des mix de ceux-ci : NRG 2, NRG 3 (Batisse *et al.*, 2016), et du GHB, mais dans une moindre mesure qu'aujourd'hui.

À ce jour, c'est au CSAPA la Villa Floréal à Aix-en-Provence que nous proposons un accompagnement pour les *chemsexseurs* (47 *chemsexseurs* en file active en 2023). J'exerce aussi une demi-journée à l'hôpital européen à Marseille (30 *chemsexseurs* en file active en 2023) et au Spot Longchamp d'Aides.

Les questions du lieu où l'on travaille, du temps que l'on peut consacrer, de l'attente que peut avoir un patient du thérapeute et des intervenants sont autant de facteurs importants pour la thérapie.

Thérapie narrative et intégrative

Peu à peu, ma pratique s'est apparentée à de la thérapie intégrative. L'idée est de décloisonner différentes techniques ou psychothérapies pour s'adapter à chaque patient. La démarche est multiréférentielle. Le thérapeute s'adapte au patient, au contexte et à ses problématiques et peut ainsi être au plus proche de ses attentes en s'ouvrant à une certaine créativité.

L'alliance thérapeutique et l'intersubjectivité sont la base. L'apport expérientiel et l'échange entre thérapeutes et usagers sont essentiels, tout d'abord pour comprendre une pratique jusqu'alors

quasi inconnue, puis pour pouvoir construire des accompagnements les plus adaptés.

Les deux outils qui m'ont le plus inspirée au départ sont la psychanalyse et la neurobiologie, élément indispensable et indissociable pour la compréhension des personnes usant de produits psychoactifs pour modifier leur état de conscience. D'autres outils et techniques ont enrichi au fur et à mesure ma pratique ou ont permis des orientations en complémentarité sur d'autres thérapeutes et intervenants (pairs, médiations corporelles, TCC, yoga, arthérapie...).

L'addiction, ou la pratique problématique, au *chemsex* finit par n'être qu'un symptôme d'un mal-être global. Si la recherche de plaisir sexuel et de nouveauté est souvent la première motivation pour pratiquer le *chemsex*, comprendre le sens de l'addiction, du comportement répétitif est primordial et va être le fil conducteur tout au long du suivi, sens qui s'inscrit dans et avec l'histoire du sujet.

Ici, les outils psychanalytiques et narratifs seront utilisés. L'histoire, à explorer et à détricoter, et les liens, entre aujourd'hui et le passé à découvrir, vont permettre d'orienter les entretiens et de guider la thérapie. L'idée est de pouvoir retrouver ses forces et de reconstruire de nouvelles orientations grâce à la narration de son histoire personnelle qui se situe dans un contexte social plus large.

Seront explorés les affects associés, les ressentis actuels et passés au prisme du contexte et des effets des produits.

La fonction de la pratique et des produits est à interroger. Les effets recherchés, issus de la synthèse de nombre d'entretiens menés qui ressortent, sont la recherche de plaisir et de bien-être, la stimulation sexuelle, l'excitation psychomotrice, la désinhibition, le lâcher-prise, l'oubli des problèmes, les sensations nouvelles, l'accès à des fantasmes plus extrêmes... (Grégoire, 2016a). Il y a les effets recherchés dont ont conscience les usagers et ceux non conscientisés qui pourront, mais pas toujours, être mis au jour au cours de la thérapie.

La consommation peut permettre la décharge d'affects rapide et d'éviter les émotions au profit des sensations, comme l'écrit Joyce Mc Dougall qui parle de solution addictive dans l'économie psychique (McDougall, 2004) : permet-il de contrer une dépression ou de l'anxiété ? D'éviter de penser à un trauma ?

Je commence les premiers entretiens en laissant le patient se raconter, faire une narration de son histoire, selon les orientations des thérapies dites narratives. Beaucoup de choses sont amenées pêle-mêle et nous pouvons ensemble, juste grâce à la narration, faire un pas de côté. L'usager peut se distancier, s'écouter, comprendre des chronologies d'événements, mais aussi décharger beaucoup de tensions, à son rythme, dans une écoute bienveillante et non jugeante.

La peur du jugement est souvent rapportée par les patients : ils ont pu le vivre en famille, à l'école, dans la société mais aussi parfois avec des soignants sur la question de l'usage de produits ou d'une sexualité jugée trop débordante.

En fonction de ce qui a déjà été exprimé, je cherche des éléments qui me semblent primordiaux pour évaluer les priorités de soins et au besoin d'orienter pour des prises en charge spécifiques.

Une prise en charge pluridisciplinaire peut être nécessaire : psychiatres, addictologues, accompagnants communautaires, infirmiers, infectiologues, sexologues, psychologues, assistantes sociales... En fonction du lieu où on travaille et de sa formation, du moment et de la demande de l'usager, du temps imparti, ces orientations vont être variables.

Le plus souvent au CSAPA, ils auront un premier accueil avec un éducateur communautaire ou un infirmier qui va faire une première évaluation de la demande de l'usager. Dès le début de la prise en charge, nous pouvons réfléchir, agir et orienter si besoin selon certaines problématiques ou urgences.

Déterminants et fil conducteur de la prise en charge

Les prises de risque et la réduction des risques

- *Sexuelles* : il faut questionner l'accompagnement au niveau de la santé sexuelle :

Si l'usager est séronégatif par rapport au VIH, il faut s'assurer de plusieurs éléments : se protège-t-il et comment ? Utilise-t-il des préservatifs et lesquels ? Prend-il la PReP ? Fait-il des tests réguliers pour le VIH et les autres MST ?...

S'il est séropositif : fait-il les tests réguliers des autres MST ? Le traitement est-il bien pris avec des bilans réguliers ? A-t-il des effets secondaires des antirétroviraux et interactions avec les produits ?

On doit communiquer une information sur les moyens de prévention, la RDR et les soins. Il ne faut pas oublier que les HSH sont particulièrement médicalisés depuis l'apparition du VIH, entre traitements, protections, tests, examens réguliers.

Certains peuvent vouloir rejeter cette dimension vue parfois comme trop hygiéniste après des années de frustration et de douleurs liées aux années SIDA ayant maintenant des traitements permettant d'être indétectable.

- *Produits* : quel est le *mode de consommation* (intraveineux, sniff, plug...) et informer sur les effets et les risques liés à ce mode. L'information passe par la réduction des risques, le matériel, la possibilité d'analyse de drogue (son intérêt et où), les interactions entre les produits et les médicaments, chercher la présence d'abcès, d'infection.

Le slam est la forme la plus radicale du *chemsex* et une dimension auto-érotique est importante. De même, la part transgressive de l'acte peut être à la fois redoutée et recherchée. L'acte d'injection peut même se substituer à l'acte sexuel de pénétration et non plus se surajouter.

Il est compliqué de savoir la proportion de slameurs parmi les *chemsexuels* et s'ils sont en progression. Dans les consultants au CSAPA, ils sont aujourd'hui minoritaires : 14 sur les 47 suivis en 2023, dont 5 qui ont arrêté le slam.

On demande les *produits utilisés* et ce qui est recherché et ressenti : les plus utilisés sont les cathinones et le GHB actuellement en France.

De manière non exhaustive, les effets le plus souvent rapportés (1, 6) dans les entretiens sont : plaisir/ orgasme/ excitation sexuelle et/ou psychomotrice/ désinhibition/ durée/ évasion/ rencontrer partenaires/ sociabilité/ performance/ être passif/ faciliter certaines pratiques comme le fist/ automédication face à un état dépressif, oubli des problèmes, angoisses, insomnies, anxiolyse ?...

Il est important de pouvoir déterminer pour chacun cette recherche qui pourra permettre de trouver des leviers dans la thérapie.

Les cathinones ont plus ou moins d'effets dopaminergique et sérotoninergiques (Grégoire, 2016a ; Batisse *et al.*, 2016). Celles ayant un versant quasi uniquement dopaminergique provoquent plus d'états psychotiques aigus ou de troubles anxieux (NEP, alpha PIhp, alpha PHP, mdpv...) et sont moins plébiscitées dans le *chemsex*.

La première cathinone synthétisée et utilisée était la méphédrone-4mmc avant 2010, puis la 4 mec et la 3 mmc. Pendant une dizaine d'années, la 3 mmc était disponible et plébiscitée avec un versant stimulant associé à une dimension empathogène (effet dopaminergique et sérotoninergique) (Batisse *et al.*, 2016).

Il y a des variations avec les cathinones vendues à cause de la législation européenne et régulièrement les produits achetés ne sont pas ceux voulus. En 2022 est apparue la 3CMC à la place de 3MMC, suite à un changement législatif aux Pays-Bas. Elle conduisait à plus de complications vasculaires, érosives, voire nécrotiques. En 2024, elle a quasiment disparu.

Depuis 2024, les usagers nous rapportent des achats de 2 mmc ressentie comme moins puissante. C'est grâce à l'analyse de produits en pratique courante que nous pouvons faire le lien entre les effets ressentis et les produits finalement achetés. Celle-ci aussi est achetée le plus souvent comme de la 3 mmc. Cette substitution subie peut entraîner une augmentation de dose, voire une escalade dans le type de prise : du sniff à l'injection selon les dires des patients.

La cocaïne et la méthamphétamine sont parfois utilisées, mais le prix et les effets ressentis « plus mécaniques, moins empathogènes » les relèguent en deuxième plan le plus souvent.

Dans les représentations des usagers, les cathinones semblent pouvoir se prendre plus régulièrement de manières répétitives notamment en slam et elles sont plus accessibles (internet ou revente dans les soirées par les pairs).

Le GHB a vu son usage augmenté et les risques associés avec : G-hole, agitation, abus sexuel, voire décès. La marge de sécurité entre dose recherchée et la dose léthale est très petite (McDonough, 2013). La prévention et Réduction des risques doivent cibler son usage.

L'association de dépresseurs et de stimulants dans le même temps est fréquente, l'un baissant les effets non recherchés de l'autre, permettant de prolonger les consommations et les risques liés. L'accumulation des produits et métabolites dans le corps se poursuit avec les risques associés alors que psychiquement l'impression de maîtrise perdure. Les soirées peuvent commencer avec le GHB qui désinhibe et induit l'envie de stimulants.

Il faut comprendre leur histoire avec les consommations et les produits psychoactifs depuis leur adolescence : ont-ils consommé du cannabis ou de l'alcool ou autres produits avant le *chemsex* et dans quelle mesure ? Ont-ils eu des troubles du comportement alimentaire ?

Profils

Il y a dix ans, la très grande majorité des usagers qui consultaient, slamaient, étaient séropositifs et ne connaissaient absolument pas les drogues avant leur premier slam, à parfois plus de quarante ans (Grégoire, 2016a, 2016b ; OFDT, 2019). Ils avaient une vie très normale et travaillaient beaucoup. Ils évoquaient largement le lâcher-prise que le mélange sexualité et produits leur permettait de vivre. Ils étaient très empreints d'exigence envers eux-mêmes, performants au travail et dans le sport. Tout devait être réussi pour qu'ils puissent être reconnus et acceptés, surtout s'ils avaient le sentiment d'être différents du fait de leur homosexualité et du rejet ou de la discrimination qu'ils avaient pu éprouver depuis parfois de longues années dans leur famille ou ailleurs. Le fait d'être initiés par des usagers non marginaux, bien insérés, notamment à l'injection a permis de banaliser la pratique du slam il y a dix ans (Grégoire, 2016a ; OFDT, 2019).

Aujourd'hui, plusieurs profils d'usagers se présentent en consultation au CSAPA et au spot : les mêmes publics non connaisseurs qui découvrent sur le tard les produits et un autre profil, plus jeune, consommateurs festifs aussi, moins insérés parfois et avec des personnalités plus souvent borderline. Le rapport aux produits et risques est différent, ils ont plus de connaissances, mais aussi de croyances par rapport aux produits et un recours plus fréquent au sniff plutôt qu'à l'injection, leur profil sérologique est plus disparate avec une majorité de sujets séronégatifs dans notre file active (OFDT, 2019 ; ANRS/INSERM, 2020).

La prostitution et les escorts sont plus représentés. Un certain nombre de patients jeunes et précarisés entrent dans la prostitution du fait des difficultés sociales et cela est probablement sous-estimé. Ils rapportent la honte d'en parler ou la légitimité de consulter. Certains ont perdu leur logement. Une perte d'emploi liée aux conséquences des pratiques de *chemsex* ou l'exclusion de chez eux du fait de leur homosexualité sont les deux facteurs les plus retrouvés chez nos patients.

Les usagers racisés subissent encore un peu plus ces discriminations du fait du racisme dans la société, de culture plus traditionnelle et de la pratique religieuse parfois plus radicale dans leur famille.

Nous avons aussi quelques patients trans qui pratiquent le *chemsex* avec plus souvent des troubles de l'humeur et une nécessité de recourir à des aides sociales.

Les appartements thérapeutiques, les foyers d'urgence pour HSH... font aujourd'hui partie de l'arsenal de l'accompagnement.

***Troubles psychiatriques aigus et urgents
et ceux plus installés (idées suicidaires, épisode
dépressif majeur, état psychotique...)***

Comprendre et pouvoir discerner l'effet des consommations d'une vraie pathologie psychiatrique peut être délicat. Il faut se garder d'un diagnostic hâtif. Traiter un symptôme n'équivaut pas à diagnostiquer une maladie qui sera trop enferrante. L'expérience clinique montre qu'à distance de prise de produits, quelques mois ou années, il peut ne plus avoir de symptômes psychiatriques. Ceux-ci pourront parfois être traités par traitements médicamenteux : antidépresseurs, anxiolytiques, antipsychotiques à adapter à la situation. Des traitements anti-craving peuvent être proposés (baclofène...) et ont montré une certaine efficacité chez nos patients (McDonough, 2013).

Traiter par exemple d'abord le sommeil pour une personne dépendante au GHB peut être salvateur et plus accessible dans un premier temps.

Il faut manier avec prudence les traitements qui peuvent se surajouter aux produits consommés, surtout s'il y a un usage quotidien, et donc éviter de prescrire. Ce sont certains signes de gravité qui peuvent obliger à traiter médicalement, voire à hospitaliser.

Des hospitalisations peuvent être envisagées, avec deux freins principaux : la résistance de l'usager et le manque de lieux de prise en charge. Il est intéressant de se rapprocher d'hôpitaux ou de cliniques qui sont disposés à recevoir ces usagers pour les rassurer sur la prise en charge, communiquer des informations sur ces pratiques et les produits utilisés, rester disponible pour des échanges. Des indications diverses se détachent : sevrage, nécessité de faire une pause, état psychiatrique aigu comme un état dépressif majeur ou des idées suicidaires ou un état psychotique aigu...

Troubles de la personnalité

L'intérêt de les repérer s'ils sont présents permet de travailler sur les angoisses les plus fréquentes et les mécanismes de défense entraînant résistance et répétition. Les plus fréquents sont les troubles de la personnalité de type borderline, puis obsessionnels, dans la patientèle rencontrée (Grégoire, 2016a).

Un TDAH pourra aussi être recherché. 20 à 30 % des usagers de drogue auraient un TDAH selon des études (Van Emmerik *et al.*, 2012 ; Van Emmerik *et al.*, 2014) et ceci se confirme parmi la file active du csapa (7 sur 47 des *chemsexuels* suivis au CSAPA en 2023 ont eu un diagnostic de TDAH fait et 5 d'entre eux sont traités pour cela).

Sa prise en compte peut permettre de comprendre des usages et comportements. Il ne peut expliquer à lui seul une addiction, mais il peut en être un facteur. Certains peuvent bénéficier de traitements médicamenteux spécifiques. La prise en charge des troubles doit être concomitante à celle de l'addiction et si possible au même endroit, ce qui ne veut pas dire que le traitement doit être systématiquement prescrit, d'autres accompagnements existent et le simple fait de savoir que l'on a un TDAH aide parfois beaucoup dans la compréhension de certains symptômes et comportements.

Addictions associées ou antérieures (sexuelle, écrans, autres substances, troubles du comportement alimentaire...)

Les écrans : la place d'internet est prégnante dans la pratique du *chemsex*. Internet a permis son développement à deux égards : le

premier est l'accessibilité des nouveaux produits de synthèse comme les cathinones qui ne se trouvaient que sur des sites internet au début, sites légaux donnant l'illusion de non-dangerosité, pureté des produits et de légalité même si les cathinones ont été classées stupéfiants dès 2008 pour la méphédronne et 2012 pour les autres cathinones. Le deuxième est l'accessibilité des partenaires : en un clic vous avez accès à tout type d'hommes dans un périmètre serré de votre lieu. Sur les sites il est précisé, souvent de manière codée, si vous prenez des produits ou pas. Et l'évolution est allée vers des messages et des photos de plus en plus crus : parfois ce ne sont que des bouts de corps, de sexe qui sont montrés, participant à la désobjectivation du sujet et la déshumanisation. Mais les usagers se confrontent moins à un éventuel refus par le biais des écrans (Estellon, 2020).

Une autre dimension est la place des écrans pendant les sex-parties : régulièrement les usagers racontent qu'ils, ou les partenaires, passent plus de temps sur leurs écrans à rechercher d'autres partenaires ou soirées ou produits et restent rivés sur ces écrans comme pour éviter à nouveau les rencontres ou même le sexe proposé dans les parties. Ces attitudes sont plus souvent rapportées pour des usagers plus addicts et moins nouveaux dans ces lieux. Les stimulants renforcent probablement cet effet compulsif et fixant sur les écrans.

Certains usagers ont eux-mêmes l'idée de laisser les smartphones un temps pour être moins tentés. Les confinements ont accentué cette place avec la fermeture des lieux publics de convivialité et les difficultés de rencontres inhérentes à ces confinements.

Troubles de comportement alimentaire : une large minorité de nos patients rapportent des TCA de type boulimique enfant et adolescent avec un surpoids marqué et attirant des moqueries qui restent gravées, parfois pourvoyeurs de crainte de grossir à l'âge adulte. Les stimulants ici sont régulièrement mis en avant pour rester minces.

Les traumas

Comme pour toute addiction ou mal-être psychique, les traumas vont être recherchés : abus sexuels, maltraitance psychique ou physique, harcèlement, décès d'un proche précoce, séparation, froideur parentale ou absence parentale, carences affectives... Ces équivalents abandonniques mettent en jeu les difficultés d'attachement pendant l'enfance que les comportements de consommations pourront traiter

pendant un temps. L'intériorisation d'affects rassurants par les images parentales, pour reprendre Bowlby (Bowlby & Kalmanovitch, 2002) n'est pas effective et l'attachement à un objet stable est entouré d'angoisse ou paraît impossible. Cet attachement peut être évité par la multiplication des partenaires, le clivage entre le sexe et l'amour et le recours aux produits (Grégoire, 2016a).

Certains déterminants que nous allons développer sont plus spécifiques de la population HSH :

La sexualité

De multiples questions peuvent être posées, au rythme de l'usager. Le *chemsex* interroge au premier chef la sexualité et il est indispensable de pouvoir en parler : est-elle toujours présente ? Souvenirs de la première fois avec produit ? Comment était la sexualité avant les produits ? Les produits permettent-ils d'assumer sa sexualité ? Est-il passif ou actif ou cela est-il égal ? Reste-t-il une sexualité sans produit ? Est-ce que la sexualité est cachée ? Est-ce que l'entourage sait qu'il est homosexuel ? Une sexualité cachée au départ a commencé avec un goût d'interdit et de transgression et a pu être excitante. Elle peut toujours avoir cours dans la pratique du *chemsex* où l'on retrouve ces ressentis et le lâcher-prise interdit avec des produits illicites et des inconnus.

La sexualité et l'amour sont-ils clivés (Grégoire, 2016a ; Estellon, 2020) ? On perçoit l'impossibilité d'engagement amoureux et de sexualité avec la même personne chez un certain nombre, avec des couples qui vivent un amour platonique et recherchent la sexualité à l'extérieur : « c'est trop risqué d'aimer mon mari et de réussir à être satisfait sexuellement pendant des années, alors on ne couche plus ensemble on partage tout le reste et le cul on le trouve ailleurs » (Stéphane, 43 ans). Parfois même, le produit permet d'avoir une relation extérieure sans trop de gêne par rapport au compagnon.

L'attachement, comme décrit plus haut, peut être trop douloureux, même s'il est souvent recherché. L'ambivalence, pourvoyeuse de culpabilité et de souffrance, est à explorer.

La multiplication de partenaires chez les célibataires fait croire que l'on peut rencontrer l'âme sœur, mais aussi empêche toute relation durable et les affects associés (Grégoire, 2016a ; Estellon, 2020).

Les rencontres spontanées où les affects, le temps, la tendresse étaient importants, se font plus rares. En quelques clics sur l'ordinateur, les choix sont faits, évitant aussi la peur du refus en face à face. Les confinements ont largement accentué cet état de fait.

Cette multiplication peut rassurer sur la possibilité de conquêtes, de séduction, de donner du plaisir et d'expression de virilité.

Le retour à la maison seul va renforcer le sentiment de solitude s'il est présent avant, et l'illusion de la parenthèse s'estompe, ces vécus-là amènent souvent les usagers à ne pas vouloir s'arrêter.

Ce sont des mécanismes existants dans les addictions sexuelles à rechercher mais pas toujours présents avant le *chemsex*.

Le plaisir est-il toujours présent ? les orgasmes ? ou plutôt l'excitation ? La dimension sexuelle a-t-elle disparu et le *chemsex* devient-il le prétexte à consommer des produits seuls ?

Le fait par exemple de ne pas avoir d'orgasme malgré une forte excitation pousse certains à une recherche sans limite de nouveaux partenaires.

La peur de ne plus réussir à avoir des relations sexuelles si on arrête les *chems* est un des premiers freins exprimés pour l'arrêt des produits. Si certains finissent par passer par une période d'abstinence pour retrouver leur libido, le désir est régulièrement nécessaire.

Mais le plaisir dans l'excitation peut rester encore très fort et d'autres plaisirs ne sont pas envisageables ou semblent bien ternes à ce moment de la thérapie. Les échanges sur le plaisir, le désir, la temporalité en suivi individuel mais aussi en groupes de parole communautaires sont à proposer.

L'identité de genre et de l'identité gay

Il y a des enjeux d'identification inconsciente par-delà les représentations et les diktats présents dans le milieu gay : être beau, être jeune, être performant, prendre de la drogue, faire la fête, avoir une sexualité libre...

La sexualité a une valeur de liberté dans la communauté, non reproductive, plus attachée à l'hédonisme et l'excès. Il n'y a pas ou peu la réalité frustrante des enfants ; la sexualité libre a été aussi

dès les années 1970 le facteur d'émancipation majeur et d'affirmation pour lutter contre la stigmatisation et les agressions.

Se sentir gay, c'est être tout ça et on peut par souci d'appartenance surjouer même les codes qui finalement ne correspondent pas à tous (Grégoire, 2016a ; Bourseul, 2014).

Déconstruire les croyances et les représentations au niveau individuel pour retrouver son propre désir et non celui que l'on s'impose. Savoir pour chacun c'est quoi être gay pour lui, ou au contraire a-t-il besoin ou envie de l'affirmer.

Il y a également un travail de déconstruction communautaire et sociétale à engager à un niveau plus large et qui dépasse le cadre des thérapies individuelles.

Du fait du rejet possible lié à l'homosexualité dans la famille, ou à l'école, cette question d'appartenance peut être vécue de manière plus intense en embrassant à corps perdu les codes d'une communauté qui elle peut nous accepter.

La société impose des codes de performance, d'esthétisme et de jeunesse. Ils sont magnifiés, d'autant plus dans le milieu gay, car les codes plus classiques liés à la famille sont beaucoup moins prégnants. Passé 40 ans, ou pas parfait physiquement, séropositif... : le diktat pose qu'il n'est plus possible de plaire. Le *chemsex* amène à retrouver une seconde jeunesse, la liberté, la désinhibition..., car finalement une fois sous l'effet des produits, la plupart des participants des sex-parties se détachent et tout le monde peut trouver un ou des partenaires.

Homophobie

Un déterminant majeur rapporté est l'homophobie vécue et celle intériorisée.

L'homophobie dans la société reste présente malgré une évolution des mœurs. En 2013, les manifestations contre le mariage pour tous ont été un révélateur et ont même réveillé l'expression de l'homophobie. Les insultes et agressions homophobes sont actuellement en hausse.

C'est dans le vécu adolescent, en famille ou au collège, où l'on peut vivre des premiers moments traumatiques de rejet et d'insultes

homophobes, de la violence verbale à celle physique parfois (Grégoire, 2016a ; OFDT, 2019).

Certains vont rester dans l'invisibilité pour moins en souffrir... directement. Est-ce qu'en réaction, l'hyperexigence et l'hypernormativité dans laquelle ils se retrouvent sont en partie liées à cela, comme décrit plus haut, au-delà de la part éducationnelle de certains parents ? « Je travaillais beaucoup et faisais beaucoup de sport pour que mes parents m'acceptent et m'aiment. J'ai continué toute ma vie comme cela, j'ai compris que je voulais être plus normal que mes frères hétéros pour être accepté mais ça ne tient plus » (paroles de Philippe, 46 ans, *chemsex* depuis cinq ans).

Manque de confiance en soi et dépressions peuvent en découler.

Un certain nombre d'usagers n'arrivent pas à dire à leur famille ou à leurs proches qu'ils sont homosexuels, les laissant ainsi encore plus isolés ou être « la moitié d'eux-mêmes ». Ils s'autocensurent et s'empêchent bien souvent de créer des relations durables et le *chemsex* peut être une solution en proposant des rencontres idéales et faciles dans ce contexte.

Le VIH

Le VIH dans la communauté reste une question prégnante : 14 % de personnes séropositives avec 6 % chez les moins de 25 ans mais plus de 50 % chez les plus de 45 ans parmi les usagers de produits en contexte sexuel HSH selon l'étude Prevagay (Velter *et al.*, 2017) et même 20 % (Barbier, 2017).

Les représentations liées au virus sont complexes et multiples.

La stigmatisation et la sérophobie existent dans la société et au sein même de la communauté : difficultés de dire qu'on est porteur, même à ses plus proches, difficultés de s'engager dans une relation affective (double stigmatisation : d'une part des autres mais aussi liée au regard que la personne a sur elle-même et décide de ne pas s'engager).

Cela renforce le vécu de solitude et d'isolement (Grégoire, 2016a ; OFDT, 2019).

L'arrivée de la PREP a simplifié la sexualité : certains hommes séropositifs ont pris le parti de se déclarer sous PREP plutôt que

séropositifs, facilitant ainsi leur rencontre et échappant à la stigmatisation. Et les hommes séronégatifs peuvent se protéger avec moins de peur, pour ceux qui étaient craintifs par rapport au VIH.

Il est intéressant de noter que le *chemsex* a explosé peu après l'avènement de l'indétectabilité du VIH grâce à la trithérapie en 2012.

Les chiffres de prévalence du VIH chez les *chemsexuels* sont parlants et la prévalence dans les files actives du CSAPA des *chemsexuels* aussi. 100 % il y a dix ans (Grégoire, 2016a ; Batisse *et al.*, 2016), 30 % aujourd'hui au CSAPA VF avec une file active de 47 personnes en 2023.

Il est nécessaire et indispensable de pouvoir échanger sur ces questions avec les usagers porteurs du VIH.

La question du *risque* est présente par rapport au VIH, VHC, et autres MST, ainsi qu'aux overdoses (GHB) ou accidents liés à des passages à l'acte sous produits. Les risques sont également présents lors d'abus sexuels dans des situations où le consentement ne va pas être demandé. Le risque de mort est présent avec un rapport à la séropositivité parfois ambivalent. Il semble être bien vécu avec des traitements sans effets secondaires majeurs et une vie quasi normale. Mais ces effets sont souvent déniés et peu parlés, les difficultés psychiques minimisées : le syndrome du survivant pour les plus âgés reste parfois ancré mais de manière très inconsciente. Finalement, un certain nombre ne disent pas qu'ils sont séropositifs. On remarque également qu'à l'annonce d'une séropositivité il peut y avoir des moments d'effondrement et de prises de risque massives, ou au moment des examens biannuels.

« Je rechute à chaque fois que je dois aller faire mes examens pour le VIH » (Marc, 48 ans). Il a arrêté le slam il y a deux ans mais rechute tous les six mois. Il a fait le lien il y a peu avec ces examens et le début du slam est arrivé un mois après sa contamination.

Le rapport à la vie, à la mort est à interroger et on ne peut s'empêcher de penser aux conduites ordaliques (Valeur, 2009). La maladie déniée ou banalisée peut devenir initiation et défi. Si la sexualité a perdu son côté sacré, la mise en danger de mort ne permettrait-elle pas de recomposer le sacré ? Le défi est aussi adressé à la société vécue comme rejetante. La transgression des valeurs jusque-là respectées, et même idéalisées, en est l'*acting*.

Conclusion

La thérapie va permettre de mettre au jour des mécanismes, et notamment de répétition liée à la vie du sujet. Elle va par la narration explorer l'histoire et travailler le désir et les envies qui peuvent renaître. Les moments de plaisir sont aussi recherchés, auxquels le sujet peut se référer. Le temps et les échanges faisant évoluer la demande et le désir. Il est souvent important de proposer une prise en charge pluridisciplinaire avec des intervenants et des outils différents selon la demande et le moment où le patient est.

D'autres approches pragmatiques accompagnent ce processus : centrées sur les émotions ou sur les stratégies possibles pour éviter la répétition. Un accompagnement autour du corps via des activités d'arthérapie, de sport, de médiation corporelle. La méditation, l'hypnose, le yoga, la cohérence cardiaque...

Les activités proposées peuvent permettre de retrouver du plaisir ailleurs, de se sentir moins seul et réexpérimenter le lien aux autres sans le produit ou le sexe en médiateur.

La question du plaisir est primordiale, c'est par cette recherche que débute l'expérience du *chemsex*, au-delà même de problématiques psychiques et environnementales : travailler, réfléchir à cette question, questionner le type de couple, retrouver du plaisir ailleurs...

L'approche communautaire est très importante, les groupes ou les suivis individuels d'autosupports communautaires apparaissent hors même des associations classiques.

Les liens entre une prise en charge non communautaire et communautaire se sont imposés très rapidement dans la pratique. Le travail en réseau est donc une nécessité.

Dans le CSAPA par exemple, un éducateur communautaire est venu enrichir l'offre globale proposée : entretiens individuels, groupes de parole, activités sportives partagées... Lui et moi-même intervenons un temps dans d'autres lieux en « aller vers » pour aller à la rencontre de ceux que le CSAPA pourrait rebuter.

Dans les centres communautaires, il est fréquent de pouvoir rencontrer sur le même lieu des intervenants très variés permettant un accompagnement également global.

À l'hôpital européen, c'est au sein du service d'infectiologie que j'ai ma permanence d'une demi-journée avec des médecins spécialistes du VIH, une infirmière mais aussi un plateau technique plus facilement accessible.

Le *chemsex* est donc au carrefour de nombreux champs : sexuel, psychologique, sociétal, médical, politique... et interroge dans notre société les valeurs d'ouverture et de tolérance.

Nous avons vu un certain nombre de facteurs qui concourent à transformer ces pratiques en addiction ou en pratiques à risques majeurs : le vécu personnel, la solitude, la place d'internet et des écrans avec des rencontres froides mais rapides, une société où l'homophobie reste toujours très présente, où la place du VIH est ambivalente et presque déniée. Nous pouvons ajouter que la société de consommation où la culture de l'excès et du dépassement ont une large place, incite toujours à aller plus loin dans les consommations.

Travailler toutes ces dimensions au-delà des dimensions communes aux addictions peut permettre d'accompagner les *chemsexuels* aux prises avec les pratiques problématiques de *chemsex* et qu'ils puissent retrouver leur liberté de choix (Olievenstein, 1987).

Références

- ANRS/INSERM (2020). *Étude PaacX : profils chemsexuels*, Paris : ANRS/INSERM.
- Barbier, J. (2017). *Chemsex. Insistance*, 13(1), 189-204.
- Batisse, A., Grégoire, M. *et al.* (2016). Usage de cathinones à Paris. *L'Encéphale*, 42(4).
- Bourseul, V. (2014). Genre gay et souffrance identitaire : le phénomène slam. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 17(1), 109-120.
- Bowlby, J., Kalmanovitch, J. (2002). *Attachement et perte*. Vol. 1. *L'attachement*. Paris : PUF.
- Estellon, V. (2020). *Les sex-addicts*. Paris : PUF, coll. « Que sais-je ? ».
- Grégoire, M. (2016a). Slam, *chemsex* et addiction sexuelle. *Psychotropes*, 22(3-4).
- Grégoire, M. (2016b). Slam et *chemsex*. *ASUD*, 10.
- McDonough, M. (2013). GHB dépendance: lessons from a small case series. *J alcoholism Drug Depend*, 1(3).
- McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse*, 68(2).
- OFTD (2019). *Étude Apaches*. Paris : OFTD.
- Olievenstein, C. (1987). *La Clinique du toxicomane*. Paris : Les Éditions universitaires.

- Sommen, C., Saboni, L., Sauvage, C., Alexandre, A. *et al.* (2018). Time location sampling in men who have sex with men in the HIV context: the importance of taking into account sampling weights and frequency of venue attendance. *Epidemiology and Infection*, 146(7), 913-919.
- Valleur, M. (2009). Les chemins de l'ordalie. *Topique*, 107(2), 47-64.
- Van Emmerik-Van Oortmerssen, K. *et al.* (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta analysis and meta regression analysis. *Drug Alcohol Depend*, 122(2), 11-19,
- Van Emmerik-Van Oortmerssen, K. *et al.* (2014). Co-morbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without ADHD: result of the IASP study. *Addiction*, 109(2), 262-272.
- Velter, A., Sauvage, C. *et al.* (2017). Estimation de la prévalence du VIH chez les HSH fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises. Prevagay 2015. *Bull Epidemio Hebd.*, 18, 347-354.

Pratique du *chemsex* en France : actualisation des données d'addictovigilance

Chemsex practice in France: Updating addictovigilance data

Anne Batisse

CEIP-Addictovigilance de Paris
anne.batisse@aphp.fr

Leila Chaouachi

CEIP-Addictovigilance de Paris

Johan Thiery

CEIP-Addictovigilance de Nancy

Anne Roussin

CEIP-Addictovigilance de Toulouse

Cécile Chevalier

CEIP-Addictovigilance de Lyon

Anne-Sylvie Caous

CEIP-Addictovigilance de Lille

Aurélie Aquizerate

CEIP-Addictovigilance de Nantes

Liselotte Pochard

CEIP-Addictovigilance de Marseille

Émilie Bouquet

CEIP-Addictovigilance de Poitiers

Reynald Leboisselier

CEIP-Addictovigilance de Caen

Amélie Daveluy

CEIP-Addictovigilance de Bordeaux

Célian Bertin

CEIP-Addictovigilance de Clermont-Ferrand

Bruno Revol

CEIP-Addictovigilance de Grenoble

Hélène Peyrière

CEIP-Addictovigilance de Montpellier

Résumé : Le chemsex se définit classiquement par l'usage de substances psychoactives avant ou pendant les relations sexuelles afin d'améliorer performance, durée et plaisir sexuel. Cette pratique peut avoir des conséquences sanitaires individuelles très importantes (complications addictologiques, somatiques) et populationnelle (transmission d'infections virales ou bactériennes). Le chemsex a émergé en France à partir de 2009, avec l'apparition des nouveaux produits de synthèse (NPS) et d'internet (achat des produits et site de rencontre). La population principalement concernée par le chemsex est la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). L'addictovigilance est un acteur de veille sanitaire incontournable de la surveillance des complications en lien avec la pratique du chemsex et ce à travers des indicateurs clairs : complications médico-légales (évolution des décès via l'enquête annuelle DRAMES et des soumissions chimiques), des événements graves (troubles addicto-psychiatriques, neurologiques, cardiovasculaires, infectieux) via les notifications spontanées. Une mise à jour des données d'addictovigilance proposée dans cet article montre une augmentation importante et inquiétante des complications et des décès en lien avec cette pratique depuis 2008 (nombre de cas multiplié par un facteur 3 en 5 ans). La persistance à bas bruit de la pratique du chemsex par voie injectable est retrouvée dans les données avec des complications infectieuses pouvant se compliquer en arthrite septique. Les antécédents infectieux sont en baisse dans la population des chemsexuels, que ce soit concernant le VIH, le VHC ou bien les autres IST. Les classes de substance rapportées sont toujours des cathinones de synthèse associées ou non à la cocaïne et au GHB/GBL. Les cathinones évoluent avec l'arrivée des dérivées chlorées type 3-CMC /4-CMC. Les principales complications sont les troubles liés à l'usage de substances, les infections (majoritairement abcès, hypodermite, nécroses), des troubles neurologiques impliquant dans la grande majorité des cas de G-roles (surdosage en lien avec le GHB/GBL), des troubles psychiatriques (psychoses avec hallucinations, délire, angoisse et dépression) et des complications cardiovasculaires en lien avec la toxicité des produits. Les agressions sexuelles et les cas de soumissions chimiques possibles soulignent les risques d'abus sexuels ou de rapports sexuels non-consentis plus importants

dans le cadre du chemsex. La mise en place d'interventions multidisciplinaires a permis, pas à pas, une prise en charge holistique des chemsexuels (addicto-psycho-socio-sexologique). La PrEP et la réduction des risques en matière de sexualité et de consommation de produits psychoactifs sont inscrites dans cette prise en charge. La diminution des antécédents infectieux est à souligner. Les initiatives de toutes parts, professionnels de santé ou société civile doivent continuer pour faire face à ce phénomène.

Abstract: Chemsex is defined as the use of psychoactive substances before or during sexual relations to enhance sexual performance, duration, and pleasure. This practice can have major health consequences for individuals (addictive and somatic complications) and the population (transmission of viral or bacterial infections). Chemsex emerged in France in 2009, following the appearance of new psychoactive substances (NPS) and the internet (where users can buy drugs and connect to dating websites). The population most affected by chemsex is men who have sex with men (MSM). The Addictovigilance network plays an important role in monitoring the health complications of chemsex practice, using clear indicators. It monitors medico-legal complications (via spiking records and the annual DRAMES register showing changes in death rates) and serious events such as addictive-psychiatric, neurological, and cardiovascular disorders and infectious diseases (via spontaneous notifications). This article offers updated addictovigilance data, showing a significant and worrying increase in complications and deaths linked to chemsex since 2008 (the number of cases increased by a factor of three in five years). The low-level persistence of chemsex using injectable drugs has been noted in the data, leading to the transmission of infectious diseases, which may be complicated by septic arthritis. However, among the chemsex population, previous medical history of HIV, HCV, or other STIs is declining. The substance class most reported is still synthetic cathinones, used with or without cocaine and GHB/GBL. Cathinones are evolving with the emergence of chlorinated derivatives of the 3-CMC/4-CMC type. The main complications are substance-related disorders, infections (mainly abscesses, hypodermatitis, and necrosis), neurological disorders most often involving G-holes (overdose linked to GHB/GBL), psychiatric disorders (psychoses with hallucinations,

delirium, anxiety, and depression) and cardiovascular complications linked to the toxicity of the products. Sexual assaults and cases of possible spiking highlight the greater risk of sexual abuse or non-consensual sexual relations in chemsex situations. The introduction of multidisciplinary interventions has enabled health practitioners to treat chemsexers with a holistic (addicto-psycho-socio-sexological), step-by-step approach. PrEP and risk reduction in terms of sexual behavior and consumption of psychoactive substances form part of this treatment. The reduction in the number of previous infections among users should be highlighted. Initiatives on all fronts, from health care professionals to civil society, must continue in order to tackle this phenomenon.

Mots-clés : *chemsex, slam, HSH, France, addictovigilance, évolution, décès, cathinone, GHB, GBL, infections, somatique*

Keywords: *chemsex, slam, MSM, France, addictovigilance, evolution, death, cathinone, GHB, GBL, infections, somatic*

Introduction

Le *chemsex* se définit classiquement par l'usage de substances psychoactives avant ou pendant les relations sexuelles afin d'améliorer performance, durée et plaisir sexuel. Le slam désigne quant à lui l'injection de substances psychoactives à activité psychostimulante dans ce même contexte sexuel. Cette pratique peut avoir des conséquences sanitaires individuelles très importantes (complications addictologiques, somatiques) et populationnelles (transmission d'infections virales ou bactériennes). Le *chemsex* a émergé en France à partir de 2009, avec l'apparition des nouveaux produits de synthèse (NPS) et d'internet (achat des produits et site de rencontre). La population principalement concernée par le *chemsex* est la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Les substances consommées appartiennent pour la plupart à la famille des cathinones de synthèse, cependant, des comportements sexuels à risque sont également retrouvés avec d'autres substances comme la cocaïne ou les amphétamines (MDMA/méthamphétamine), la

kétamine ou le GHB/GBL. L'addictovigilance (réseau des centres d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances-Addictovigilance ou CEIP-A, coordonné par l'ANSM) est un acteur incontournable de la surveillance et du suivi des complications en lien avec la pratique du *chemsex*¹, et ce à travers des indicateurs clairs : complications médico-légales (évolution des décès via l'enquête annuelle Drame et des soumissions chimiques), des événements graves (troubles addicto-psychiatriques, neurologiques, cardiovasculaires, infectieux) via les notifications spontanées (NotS). Cette vigilance apporte depuis 2008 une évaluation macroscopique multi-sources du phénomène *chemsex*/slam et permet d'en appréhender l'évolution. Une mise à jour des données d'addictovigilance est proposée dans cet article afin de mettre en perspective l'évolution du phénomène avec la dynamique de prise en charge actuelle. Une discussion présentera la réduction des risques et des dommages (RDR-D) de la pratique du *chemsex* en réponse aux complications rapportées.

Méthodologie

Une analyse des cas de complications en lien avec la pratique du *chemsex* extraits de la base nationale d'addictovigilance a été réalisée sur la période 2021-2023. En parallèle, les données issues de l'enquête « Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances » (DRAMES) ont été évaluées sur la période 2021-2022.

Concernant la base nationale d'addictovigilance, les cas ont été identifiés par les mots clés suivants : *chemsex* et/ou slam et/ou HSH. Une dernière catégorie réunit les cas avec le suffixe « sex ». Celle-ci a été évaluée et ne conserve que les cas faisant référence à des comportements sexuels à risque en lien avec l'usage de substances. Ce choix est guidé par le fait de rester le plus large possible afin de surveiller une diffusion de cette pratique, notamment parmi les femmes.

Concernant la base nationale sur les décès : les contextes étant rarement renseignés, tous les cas impliquant une cathinone et/ou du GHB/GBL ont été inclus. Pour rappel, cette enquête s'appuie sur le recueil annuel d'experts toxicologues et analystes volontaires dans le

1. Batisse, A., Eiden, C., Deheul, S., Monzon, E., Djeddar, S., Peyrière, H., *Chemsex practice in France: An update in Addictovigilance data. Fundam Clin Pharmacol.*, 2022, 36(2), 397-404. doi:10.1111/fcp.12725. Ep.

cadre des autopsies médico-légales et inclut les décès avec confirmation toxicologique. Elle n'inclut cependant pas les suicides.

Principaux résultats et discussion

Sur la période d'étude de 3 années (2021-2023), 564 cas de complications en lien avec la pratique du *chemsex* ont été identifiés dont 8 décès (1,4%). Les cas étaient majoritairement codés à travers le mot « *chemsex* » (63 %). Concernant les décès évalués par l'enquête Drame, 39 décès sont répertoriés en décès directement impliqués à la substance. Il faut ajouter 4 décès indirects (incendie, accident de la voie publique...). Au total, 51 décès sont rapportés à travers les données d'addictovigilance. L'évolution des données montre une augmentation importante et inquiétante des complications et des décès en lien avec cette pratique depuis 2008 (voir figures 1 et 2).

Figure 1. Évolution du nombre des cas de complications en lien avec la pratique du *chemsex* à travers les données d'Addictovigilance

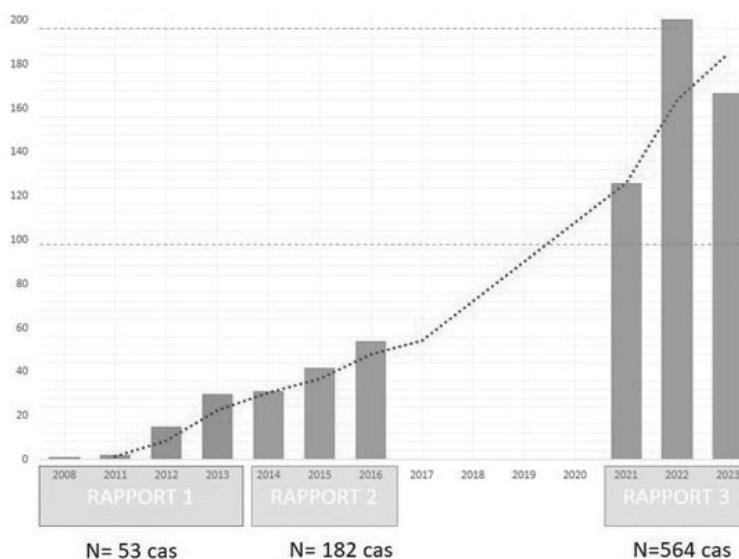
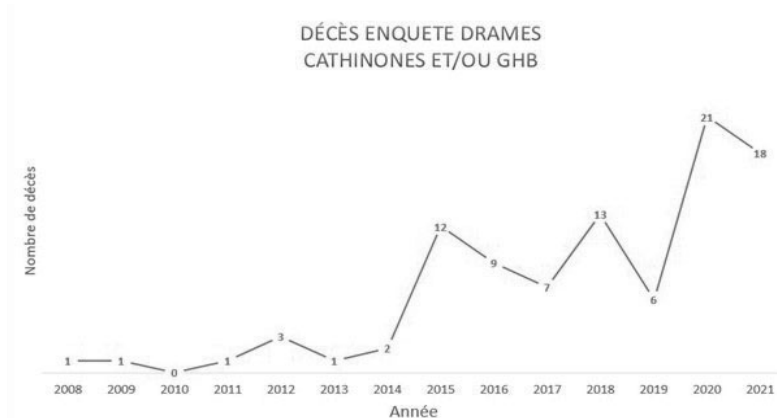


Figure 2. Évolution du nombre de décès répertoriés par les données d'analyses toxicologiques de l'enquête Drames



Contrairement aux données précédentes, les patients ne sont pas exclusivement des hommes (7 % de femmes ; N=39) et sont un peu plus jeunes avec une moyenne d'âge de $36,7 \pm 11$ ans (*versus* 39 ans). Les cas rapportés se répartissent sur toute la France avec une nette prédominance dans les régions Île-de-France (22 %), Rhône-Alpes (22 %) et Pays de la Loire (20 %).

Points marquants de l'évolution des données (tableau 1)

Antécédents médicaux

Les antécédents infectieux sont en baisse dans la population des *chemsex*, que ce soit concernant la contamination par le VIH (19 %), le VHC (3 %) ou bien les autres IST (7 %). Les antécédents de troubles psychiatriques (18 %) sont quant à eux constants et majoritairement anxio-dépressifs (17 %), associés à des idées/tentatives de suicide (11 %).

La voie d'administration intraveineuse

L'usage de la voie intraveineuse diminue depuis 2008 (32 % *versus* 85 %). La pratique du slam persiste dans les données d'addictovigilance. Les produits les plus injectés dans ce dernier rapport sont listés ci-dessous :

Tableau 1. Usage IV et produits

Produit*	Usage IV (N)
3-MMC	132
COCAINE	15
3-CMC	26
2-MMC	12
alfa-PHP	10
MÉTHAMPHÉTAMINE	6
GHB	5
KÉTAMINE	3
* 3-MMC : 3-méthylmethcathinone ; 3-CMC : 3-chloromethcathinone ; alpha-PHP : alpha-Pyrrolidinohexiophenone ; 2-MMC : 2-méthylmethcathinone	

Les complications en lien avec la pratique du *chemsex* sont aujourd'hui également en lien avec l'usage par voie nasale. La voie orale est quant à elle citée pour les cathinones mais elle est surtout rapportée pour l'usage du GHB/GBL. La voie rectale est retrouvée dans 20 cas.

Les produits utilisés dans le *chemsex*

Les classes de substances rapportées sont identiques à travers les rapports : on retrouve l'utilisation des cathinones de synthèse associée ou non à la cocaïne et au GHB/GBL. Cependant, parmi les cathinones, on observe un changement dans la structure chimique des produits, ceux-ci passant de la méphédronne² en 2014 au couple phare « 4-MEC³/3-MMC⁴ » en 2017. Par la suite, la 4-MEC a totalement disparu pour laisser toute la place à la 3-MMC avant l'arrivée en 2021-2022 des dérivées chlorés type 3-CMC /4-CMC⁵. Ces changements sont à mettre en perspective avec de nouvelles réglementations mises en place sur l'interdiction de la 3-MMC, notamment en Hollande.

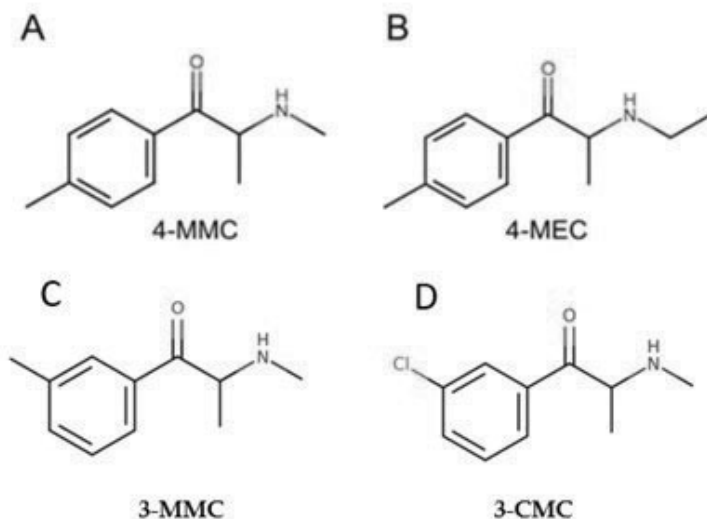
2. 4-méthylméthcathinone ou 4-MMC.

3. 4-méthyléthcathinone ou 4-MEC.

4. 3-méthylméthcathinone ou 3-MMC.

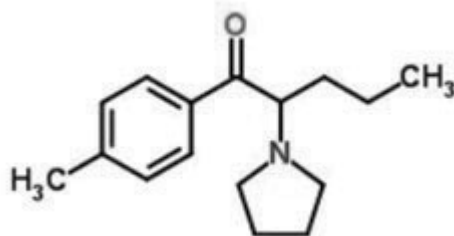
5. 3-chloromethcathinone ou 3-CMC et 4-chloromethcathinone ou 4-CMC.

Figure 3. Cathinones de synthèse et structures chimiques



La classe des substituants plus complexes avec le cycle pyrrolidinyl comme la pyrovalerone est également retrouvée dans l'analyse à travers les composés suivants : alfa PHP, alfa PIHP, alfa PVP, MDPHP.

Figure 4. Composé pyrrolidinyl des cathinones de synthèse



Ces composés moins plébiscités sont présents dans chaque rapport mais constituent un signal plus faible. L'usage de la kétamine et de la méthamphétamine forment quant à eux un signal constant depuis 2016 qui demande à être surveillé.

Tableau 2. Évolution des données – récapitulatif

		RAPPORT 1*	RAPPORT 2**	RAPPORT 3
	Période	2008-2013	2014-2017	2021-2023
		6 ans	3 ans et demi	3 ans
	Nombre de cas	53 cas	182 cas	564 cas
	Sexe, H/F	H : 100 %	H : 100 %	H : 93 % F : 7 %
	Âge (moyenne)	40 ans	39 ans	36 ans
Antécédents	VIH	60 %	45 %	19 %
	VHC	30 %	20 %	3 %
	Infections sexuellement transmissibles hors VIH/VHC/VHB (condylomes, syphilis, gonorrhée...)	14 %	17 %	7 %
	Troubles psychiatriques	18 %	16 %	18 %
	Symptômes anxiodépressifs			17 %
	Idées/tentative de suicide			11 %
Usage	Usage de la voie intraveineuse/slam	61 %	85 %	32 %
	Polyconsommation (hors alcool/tabac)	62 %	75 %	60 %
Produits utilisés (TOP5)		Méphédrone NRG-3 Cocaïne 4-MEC MDPV	3-MMC Cocaïne 4-MEC GHB/GBL poppers	3-MMC GHB Cocaïne poppers cannabis
*Batisse, A., Peyrière, H., Eiden, C., Courné, M.A., Djezzar, S., Réseau français des centres d'addictovigilance. 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 [Use of psychostimulants in a sexual context: Analysis of cases reported to the French network of Addictovigilance Centers]. <i>Thérapie</i>, 2016, 71(5),447-455. French. doi: 10.1016/j.therap.2016.04.003. Epub 2016 Apr 26. PMID: 27203172. **Batisse, A., Eiden, C., Deheul, S., Monzon, E., Djezzar, S., Peyrière, H., <i>Chemsex practice in France: An update in Addictovigilance data. Fundam Clin Pharmacol.</i>, 2022, 36(2), 397-404. doi:10.1111/fcp.12725. Ep.				

Une diffusion de la pratique ?

Des usages chez les hommes non-HSH

Les données d'addictovigilance ne montrent pas de diffusion significative de la pratique vers d'autres usagers. Il est cependant important de rappeler ici que ces données restent centrées sur les complications et ne constituent pas le reflet exact des consommations. On retrouve des données d'usage de produits dans la sexualité chez des patients avec une addiction au sexe en dehors de la communauté HSH qui décrivent une masturbation compulsive et une utilisation de la pornographie intensive sous produit (N=8). Par ailleurs, le « *chemsex* hétérosexuel » est signalé par 3 patients dans le cadre de pratique libertine dont un cas d'escorting. Le « *chemsex* bisexuel » est également décrit par un usager. Enfin l'association systématique de produit à l'acte sexuel en dehors de la reconnaissance d'une pratique « *chemsex* » par l'utilisateur est retrouvée.

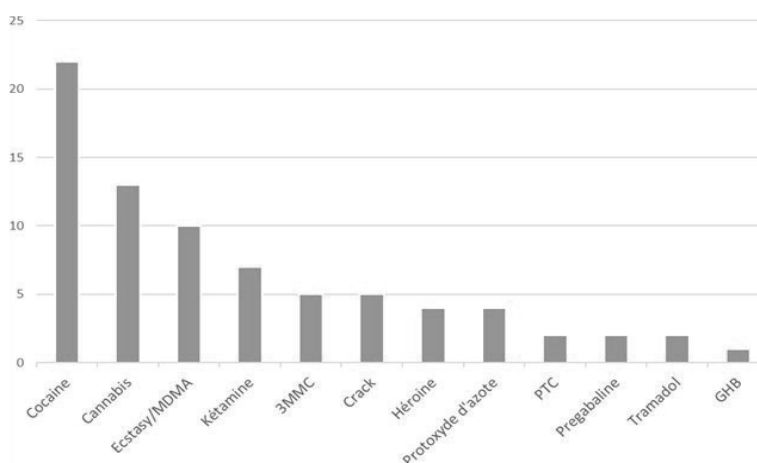
Les usages chez la femme (N=39)

La population est très différente puisqu'il s'agit de jeunes femmes (médiane = 22 : Min-Max :12-53), le plus souvent, dans des contextes de polyconsommation et de conduite sexuelle à risque sous produit, d'assujettissement sexuel sous produit, voire de prostitution et de violence. Il paraît important de souligner 9 cas de femmes mineures dont les récits évoquent une exploitation sexuelle des personnes (contextes de fugue avec mise en danger, viol en réunion, séquestration avec prise de contact par les réseaux sociaux). Ce mode opératoire a déjà été décrit par les associations de mise à l'abri. Dans ce contexte, il n'est pas question de *chemsex* mais d'un rite de passage utilisé par les proxénètes. Au regard de leur minorité (<15 ans), ces cas sont considérés comme de la soumission chimique infantile (la notion de prise à l'insu ou sous la menace n'est pas requise dans la qualification)⁶. Dans un tout autre contexte, la notion de *chemsex* est citée par 3 femmes sous 3-MMC, 3-MMC/GHB et kétamine. D'autres déclarent une sexualité compulsive en réseau libertin. Les agressions sexuelles et la difficulté de poser les

6. Rappel sur les cinq piliers du consentement tels que définis par les associations : le consentement doit être (1) enthousiaste, (2) libre et éclairé, (3) informé, (4) spécifique, (5) réversible. « <https://www.amnesty.org/fr/latest/campaigns/2021/06/ltay-toolkit-blog-how-to-talk-and-think-about-consent/> » Le consentement, c'est ça : comment parler du consentement (et le penser) - Amnesty International

limites sexuelles sous substance sont rapportées par ces femmes. La question de la soumission chimique se pose alors³. Elles déclarent des produits à la fois stimulants et dépresseurs (voir figure 5) différents de ceux utilisés dans le *chemsex*. À noter la présence du protoxyde d'azote, de la pregabaline et du cannabinoïde de synthèse PTC ou « Pète ton crâne » comme substances décrites en lien avec la sexualité³.

Figure 5. Produits déclarés par les femmes



Les principales complications

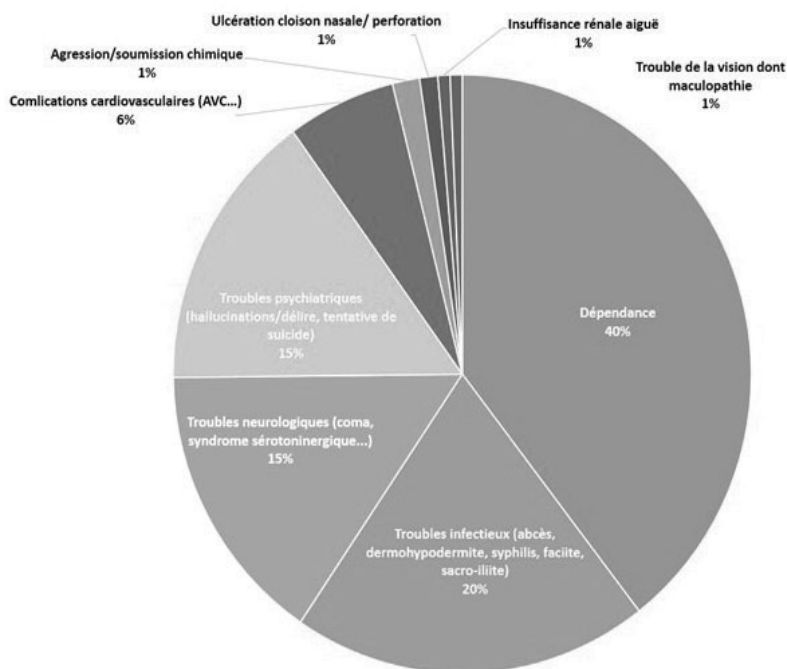
Comme dans les autres rapports, les complications retrouvées concernent :

- Dépendance dans 40% des cas. Il s'agit de la complication principale.
- Troubles liés à l'usage de substances (TUS) dans 20 % des cas. Ces troubles sont moins rapportés que dans le rapport précédent (63 %).
- Infections (abcès, hypodermite, nécroses et IST, etc.) : 23 % des cas qui rappellent le risque important de l'usage de la voie intraveineuse dans le slam et qui concernent ici majoritairement des abcès (*versus* 18 % dans le rapport précédent). Ces infections peuvent se compliquer en arthrite septique, discite ou fasciite (2 % des cas totaux).
- Troubles neurologiques : 15 % des cas qui impliquent dans la grande majorité des cas de G-holes (surdosage en lien avec le GHB/GBL).

- Troubles psychiatriques : psychoses avec hallucinations, délire, angoisse et dépression liées à la phase de descente post-session de consommation sont signalés dans 15 % des cas. Ces troubles psychiatriques aigus peuvent conduire à des tentatives de suicide (4 %), dans le cadre d'une pharmacopsychose ou lors de la phase de descente de produits (angoisse majeure, dépression).
- Complications cardiovasculaires (6 %) : tachycardie ou bradycardie, douleur thoracique, insuffisance cardiaque et arrêt cardiorespiratoire sont retrouvés en lien avec la toxicité des produits.

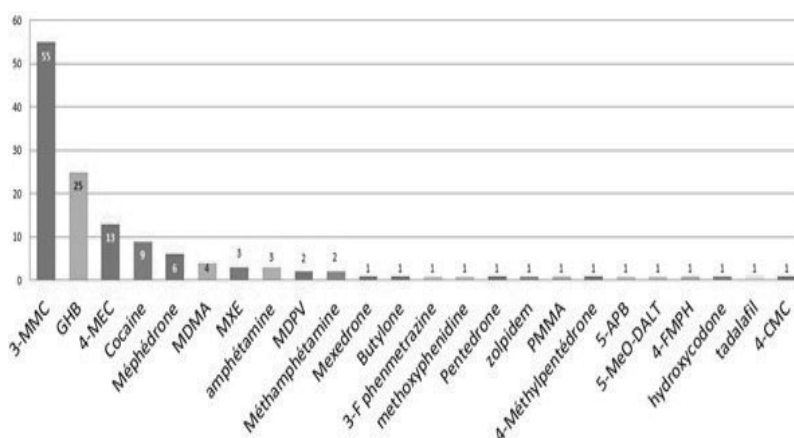
Les agressions sexuelles et les cas de soumissions chimiques possibles (9 cas) soulignent les risques d'abus sexuels ou de rapports sexuels non consentis plus importants dans le cadre du *chemsex*. Les agressions facilitées par les drogues et leur usage criminel doivent faire l'objet d'interventions spécifiques auprès des populations ayant des pratiques de *chemsex* (vigilance et prévention). Le cas échéant, une orientation des victimes vers une prise en charge optimale et une judiciarisation doivent être proposées.

Figure 6. Principales complications décrites dans les notifications spontanées (hors décès)



Substances les plus impliquées dans les décès de l'enquête DRAMES

Sur la période 2021-2022, l'enquête DRAMES a permis de recenser 43 décès (dont 39 directement imputable à la ou aux substances consommées). Les substances les plus retrouvées dans les décès sont à l'image des substances utilisées dans la pratique du *chemsex* : 3-MMC, GHB, 4-MEC et cocaïne. Le premier décès en lien avec un dérivé chloré 4-CMC apparaît pour la première fois en 2021. Le contexte de polyconsommation est le plus fréquent. L'appel des secours doit rester la règle dans le cadre d'un malaise lors d'une session *chemsex*.



Discussion

La surveillance à travers les données d'addictovigilance montre que le *chemsex* est un problème de santé publique qui prend de l'ampleur (complications graves et décès). La pratique du *chemsex* ne semble pas se diffuser particulièrement chez les femmes : nos données soulignent par contre le risque de vulnérabilité chimique en lien avec les usages de produits. Des cas de soumission chimique infantiles chez la femme ont été rapportés, ces cas ne doivent pas être vus sous le prisme du *chemsex* (recherche de plaisir) mais bien sous le prisme de l'exploitation sexuelle (violence, prostitution forcée, embrigadement).

Les études de prévalence de la pratique du *chemsex* rapportent des taux estimés entre 3 % et 29 % chez les HSH⁷. Les risques connus du *chemsex* comprennent l'exposition au VIH et à d'autres IST, la dépendance et les problèmes cardiovasculaires. Les données d'addictovigilance soulignent la persistance du slam (injection de substances psychoactives) et des risques infectieux de type abcès ou infection systémique. Dépression, anxiété et expériences psychotiques ou troubles cognitifs sont également mis en évidence dans chaque rapport, que ce soit en antécédent ou comme conséquence de la pratique du *chemsex*. Les infections VIH et VHC sont en baisse dans les données d'addictovigilance : la mise en place de la stratégie de prévention par prophylaxie pré-exposition (PrEP) en 2017, outil précieux dans la réponse à l'épidémie de VIH, est certainement une aide et doit être recommandée pour les HSH, pratiquant le *chemsex*. La promotion de l'utilisation de la PrEP dans cette population doit continuer. Une étude montre qu'un utilisateur de PrEP sur quatre pratiquant le *chemsex* a subi des conséquences négatives de cette pratique. La consultation PrEP constitue dans ce cadre un moment d'échange privilégié. Les antiviraux d'action directe dans le VHC ont permis de diminuer la prévalence de celui-ci et les dépistages fréquents doivent être préconisés. L'analyse de produit⁸ est également une stratégie de réduction des risques pour les *chemsexuels* : une étude montre leur intérêt (86 % des *chemsexuels* demandent des analyses). Les résultats ont, dans ce cadre, montré une pureté de la poudre de 3-MMC qui variait de 21 à 98 %⁶. Cette analyse de produit permet de mettre en évidence des nouveaux produits pouvant être utilisés dans le cadre de la pratique du *chemsex*, d'autant plus en cas d'indisponibilité d'un produit, comme par exemple le remplacement de la 3-MMC (suite à son interdiction aux Pays-Bas) par d'autres cathinones de synthèse comme la 3-CMC.

Des interventions pluridisciplinaires permettent de réduire les risques pour les personnes qui pratiquent le *chemsex*, notamment les services de santé sexuelle, de santé mentale, d'inféctiologie ou

7. von Hammerstein, C., Billieux, J., Sharpen the focus on *chemsex*. *Addict Behav.*, 2024, 149:107910. doi:10.1016/j.addbeh.2023.107910. Epub 2023 Nov 13. PMID: 37972423
8. Willeman, T., Grundig, N., Pochon, C., Michels, D., Charpentier, N., Eysseric-Guérin, H., Fouillhé Sam-Lai, N., Stanke-Labesque, F., Revol, B., NPAideS: a drug-checking study among 3-methylmethcathinone (3-MMC) users. *Harm Reduct J.*, 2023, 20(1), 96. doi:10.1186/s12954-023-00836-4. PMID: 37507699; PMCID: PMC10375651.

d'addictologie. L'accueil et l'accompagnement pluridisciplinaire reposent sur une attitude bienveillante par des professionnels formés et prenant en compte les spécificités des usagers⁹. Une étude sur les préoccupations des soignants du *chemsex* rapporte les thèmes suivants : l'inefficacité des parcours, les besoins en santé mentale non satisfaits et l'épuisement émotionnel des équipes¹⁰. Cette étude suggère que, pour la RDR-D autour du *chemsex*, une approche plus intégrée avec des parcours patient clairs et des services adaptés également aux non-HSH et offrant des accueils en dehors des heures de bureau habituelles est nécessaire. En outre, un soutien accru des soignants des services prenant en charge le *chemsex* doit être mis en place afin de prévenir l'épuisement professionnel et de maintenir la qualité du service.

Conclusion

L'augmentation des complications en lien avec la pratique du *chemsex* demande la plus grande attention ainsi que la surveillance du risque de diffusion à d'autres populations. L'addictovigilance représente dans ce cadre un outil de choix, cependant des études spécifiques sont à déployer. La mise en place d'interventions multidisciplinaires a permis, pas à pas, une prise en charge holistique des *chemsexuels* (addicto-psycho-socio-sexologique). La PrEP et la réduction des risques en matière de sexualité et de consommation de produits psychoactifs sont inscrites dans cette prise en charge. La diminution des antécédents infectieux est à souligner. Les initiatives de toutes parts, professionnels de santé ou société civile, doivent continuer pour faire face à ce phénomène. Des campagnes de prévention sont également à mettre en place.

-
9. Strika-Bruneau, L., *Chemsex* : réduction des risques et accompagnement des usagers [*Chemsex*: Harm reduction and support for users]. *Rev Infirm.*, 2024, 73(298), 20-21. French. doi:10.1016/j.revinf.2023.12.003. Epub 2024 Feb 2. PMID: 38346824
 10. McGaughey, G., Richardson, D., Vera, J., Harm reduction services for people engaging in *chemsex* in Brighton, UK: A pilot qualitative study. *Int J STD AIDS*, 2023, 34(13), 940-944. doi:10.1177/09564624231188752. Epub 2023 Jul 12. PMID: 37438866.

La pratique du *chemsex* dans les enquêtes nationales Rapport au sexe (ERAS) auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : évolutions entre 2017 et 2023

Chemsex practice in national surveys
in France on relationships to sex
among men who have sex with men:
Developments between 2017 and 2023

Annie Velter

DPPS, Santé publique France, Saint-Maurice, France
Aix Marseille Univ, Inserm, IRD, SESSTIM, Sciences Economiques & Sociales
de la Santé & Traitement de l'Information Médicale, ISSPAM, Marseille, France
annie.velter@santepubliquefrance.fr

Perrine Roux

Aix Marseille Univ, Inserm, IRD, SESSTIM, Sciences Economiques & Sociales
de la Santé & Traitement de l'Information Médicale, ISSPAM,
Marseille, France

Résumé : *L'Enquête Rapport Au Sexe (ERAS) est une enquête en ligne transversale, auto-administrée et basée sur le volontariat, menée auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ; quatre éditions ont été réalisées depuis*

2017 (2019, 2021, 2023). L'article a pour objectif de décrire l'évolution de la pratique du chemsex au sein de ces enquêtes nationales et les caractéristiques des HSH qui le pratiquent à partir d'ERAS 2023. Depuis 2017, la pratique du chemsex est stable dans le temps, quel que soit l'indicateur utilisé. Celle au cours du dernier rapport sexuel s'élève à 5 % en 2017 et à 6 % en 2023 lors du dernier rapport sexuel et à 12 % en 2021 et 13 % en 2023 au cours des 6 derniers mois avant l'enquête. Par rapport aux participants qui ne pratiquent pas le chemsex, ceux qui le pratiquent sont plus souvent âgés de 25-45 ans, urbains, chômeurs, financièrement moins aisés ; attachés aux sociabilités et aux valeurs de performances sexuelles gay, séropositifs au VIH ou séronégatifs et usagers de la Prophylaxie pré-exposition (PrEP). Ils sont plus souvent multipartenaires et utilisent moins systématiquement le préservatif lors des pénétrations anales avec des partenaires occasionnels. La pratique du chemsex est associée à des comportements à haut risque de contamination au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles (IST) mais aussi à des signes de détresses psychosociales qui restent à explorer. Des services adaptés à la pratique du chemsex, répondant à la fois aux enjeux de réduction de risques, de santé sexuelle et de prise en charge psychosociale destinés aux HSH doivent être déployés afin d'assurer une prévention adaptée et des interventions en faveur du bien-être de cette population.

Abstract: *The Rapport au Sexe Survey (ERAS) is a cross-sectional, self-administered, voluntary survey, done online, of men who have sex with men (MSM); four editions have been carried out since 2017 (2019, 2021, 2023). The aim of the article is to describe the evolution of chemsex practice within these national surveys and the characteristics of MSM who practice it as of ERAS 2023. Since 2017, the practice of chemsex has been stable over time, whatever the indicator used. Thus, in 2017, 5 percent of respondents had practiced chemsex during their last sexual interaction, compared to 6 percent in 2023. In 2021, 12 percent had practiced chemsex in the six months before the survey, compared to 13 percent in 2023. Compared with respondents who don't practice chemsex, those who do are more likely to be aged 25–45, live in urban areas, be unemployed, be financially less well-off, be attached to gay sociability and sexual performance*

values, be HIV-positive, or HIV-negative and use pre-exposure prophylaxis (PrEP). They are more likely to have multiple partners, and to use condoms less systematically for anal sex with occasional partners. The practice of chemsex is associated with high-risk behaviors for HIV and other STIs, but also with signs of psycho-social distress that remain to be explored. Services adapted to the practice of chemsex, addressing the issues of risk reduction, sexual health, and psychosocial care for MSM, need to be deployed to ensure appropriate prevention and interventions to promote the well-being of this population.

Mots-clés : *chemsex, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, prévalence, évolution, VIH, PrEP*

Keywords: *chemsex, men who have sex with men, prevalence, evolution, HIV, PrEP*

Introduction

Depuis une dizaine d'années, la pratique du *chemsex*, c'est-à-dire l'usage des produits psychoactifs tels que les cathinones (méphedrone, 3MMC, 4MMC, 3CMC, etc.), le GHB/GBL ou la méthamphétamine (crystal, tina) en contexte sexuel par les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) dans l'objectif de faciliter, améliorer et prolonger les rapports sexuels, se diffuse dans de nombreux pays . Les premiers travaux sur le *chemsex*, principalement aux États-Unis et en Grande-Bretagne, ont mis en avant les implications de ces usages en termes de santé publique en documentant les complications associées à ces pratiques, qu'elles soient somatiques et infectieuses (VIH et autres infections sexuellement transmissibles (IST), VHC, IST), psychiques (troubles liés à l'usage de drogues, estime de soi) ou sociales (perte d'emploi, isolement) . Malgré un nombre d'études important sur le *chemsex*, l'estimation de l'ampleur du phénomène reste difficile à établir du fait d'une part de la difficulté à recruter les personnes concernées et d'autre part à la fluctuation des définitions du *chemsex* et des produits associés (Benyamina *et al.*, 2022). Selon les études, les prévalences de la pratique parmi les HSH, s'échelonnaient entre 3 % et 19 % , ou encore

plus récemment en Europe de 11 % à 21 % . En France, les estimations sont du même ordre avec des variations selon les méthodes de recrutement et la nature de l'indicateur de 3 à 14 % (Gaissad & Velter, 2019 ; Milhet, 2019).

Aujourd'hui, dans l'optique d'une mise en œuvre de programmes de prévention, de réduction des risques, et de soins, adaptée à toutes les personnes concernées par le *chemsex*, il est nécessaire de quantifier cette pratique et de décrire le phénomène le plus largement possible en produisant des données objectives actualisées. Nous proposons dans cet article d'estimer l'évolution de la pratique du *chemsex* à partir de l'enquête nationale Rapport au sexe (ERAS) réalisée auprès des HSH et de décrire le profil des HSH pratiquant le *chemsex* à partir de la dernière édition de l'enquête en 2023.

Méthode

Les données utilisées dans cette étude sont issues des quatre éditions ERAS réalisées en 2017, 2019, 2021 et 2023 sous la responsabilité scientifique de Santé publique France, avec le soutien de l'ANRS | MIE. Il s'agit d'enquêtes transversales, en ligne, auto-administrées et anonymes. Les périodes de recrutement s'échelonnent entre février et avril, selon les éditions, pour une durée de six semaines. Les participants sont recrutés via différents supports digitaux. Des bannières sont diffusées d'une part sur des applications de rencontres géolocalisées gays et des sites d'information affinitaires gays ; et d'autre part sur les réseaux sociaux. En cliquant sur ces bannières, les personnes sont dirigées vers le site de l'enquête où des informations sur ses objectifs sont présentées ainsi que les conditions de participation et la confidentialité des données. Les participants sont invités à donner leur consentement pour accéder au questionnaire en ligne. Aucune adresse IP n'est collectée, aucune incitation financière n'est proposée. Les seuls critères d'inclusion pour participer sont le fait d'être un homme et d'avoir 18 ans ou plus. L'étude est conforme aux directives éthiques de la déclaration d'Helsinki de 1975. Le protocole d'enquête en ligne a été évalué et approuvé par le Comité d'évaluation éthique de l'Inserm (ERAS 2023 : IRB00003888 avis n° 23-989).

Quatre grandes parties comparables entre les quatre éditions composent le questionnaire : les caractéristiques sociodémographiques,

le mode de vie et la socialisation, les données de santé et les comportements sexuels et préventifs au cours des six derniers mois et au cours du dernier rapport selon le type de partenaire (stable ou occasionnel).

Mesures

La pratique du *chemsex* a été appréhendée par deux indicateurs. Le premier s'appuie sur une question posée dans les quatre éditions et concerne le dernier rapport sexuel : « Lors du dernier rapport sexuel, en dehors de l'alcool, du cannabis ou du poppers, avez-vous pris au moins un produit psychoactif (cocaïne, GHB/GBL, amphétamines, MDPV, 3-MMC, 4-MMC...) ? Oui, Non, Vous ne savez pas ». Le second indicateur concerne une question présente seulement dans les éditions 2021 et 2023 et s'applique aux 6 derniers mois avant l'enquête : « Ces 6 derniers mois, en dehors de l'alcool, du cannabis ou du poppers, avez-vous pris au moins un produit psychoactif (cocaïne, GHB/GBL, amphétamines, MDPV, 3-MMC, 4-MMC...) dans un contexte sexuel ? Oui, Non, Vous ne savez pas ».

Pour construire les indicateurs, les participants ayant répondu « oui » ont été catégorisés comme ayant pratiqué le *chemsex*, ceux ayant répondu « non » comme ne l'ayant pas pratiqué, ceux ayant répondu ne pas savoir ont été exclus des analyses.

Analyses statistiques

Des analyses descriptives ont été réalisées pour décrire les caractéristiques des répondants, l'évolution de la pratique du *chemsex* entre 2017 et 2023. Les caractéristiques des participants des enquêtes 2017, 2019, 2021 et 2023 ont été comparées à l'aide du test de Kruskal-Wallis pour la médiane et des régressions logistiques binaires univariées afin d'identifier les tendances. Les odds-ratio produits dans ces analyses de tendance indiquent les probabilités d'évolution des caractéristiques dans le temps.

Les tendances de la pratique du *chemsex* entre 2017 et 2023 lors du dernier rapport sexuel et 2021-2023 pour les 6 derniers mois ont été évaluées en utilisant des régressions logistiques binaires avec comme variable dépendante la pratique du *chemsex* et variable indépendante l'année. Ces régressions ont été ajustées selon l'âge, le niveau d'étude,

la taille de la ville de résidence, la situation financière et la relation stable avec un homme. Les odds ratios ajustés (aOR) et les intervalles de confiance (IC) sont rapportés.

Enfin, pour l'édition 2023, ont été comparées les caractéristiques sociodémographiques, de santé et sexuelles des HSH actifs sexuellement en fonction de leur pratique ou pas du *chemsex* au cours des 6 derniers mois. Les pourcentages issus des analyses bivariées ont été comparés en utilisant le test d'indépendance du Chi² de Pearson, avec un seuil maximal retenu à 5 %. Une régression logistique multivariée a été menée, avec comme variable dépendante le fait de pratiquer le *chemsex*, pour évaluer l'association entre les différentes caractéristiques sociodémographiques, de santé, les facteurs liés à la sexualité. Les variables significatives au seuil de 20 % en analyse bivariée ont été retenues pour les analyses multivariées. Le seuil de significativité retenu pour les analyses multivariées était de 5 %. L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel Stata® 15.0.

Résultats

Sur les quatre éditions, un total de 84 357 questionnaires a été collecté. Parmi eux, 82 511 proviennent de répondants résidants en France, 76 191 sont des HSH, parmi eux 67 035 étaient actifs sexuellement avec des hommes dans les 6 derniers mois.

Les caractéristiques sociodémographiques, comportementales et de santé vis-à-vis du VIH de ces participants sont présentées dans le **tableau 1** pour chaque édition de l'enquête. Les répondants de l'édition 2023 sont plus âgés que ceux de 2017 (31 ans en médiane vs 38 ans). Ils ont également un niveau d'éducation plus élevé, sont plus souvent salariés, indépendants ou auto-entrepreneurs et sont plus susceptibles de se trouver dans une situation financière confortable. En revanche, ils résident moins souvent dans une ville de plus de 100 000 habitants. Si la majorité des répondants s'autodéfinit homosexuelle, une diminution est observée en 2023 alors que la part des répondants indiquant avoir eu plus de 10 partenaires masculins dans les 6 derniers mois est en augmentation par rapport à 2017 (21 % vs 18 %) après une baisse importante en 2021. En termes de statut VIH déclaré, si la part des participants séropositifs reste faible, celle des répondants séronégatifs sous prophylaxie pré-exposition (PrEP) augmente (3 % vs 21 %).

Tableau 1. Évolution des caractéristiques des répondants
résidants en France, HSH et actifs sexuellement
dans les 6 derniers mois précédant l'enquête –
Enquête Rapport au sexe (ERAS) France, 2017-2019-2021-2023

	ERAS 2017		ERAS 2019		ERAS 2021		ERAS 2023		p value
Caractéristiques	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
	15 598		19 668		12 567		19 202		
Âge médian	31 [23-44]		33 [24-46]		34 [26-47]		38 [29-48]		0,000
Pays de naissance à l'étranger	891	5,7	1 133	5,8	698	5,6	1 278	6,7	0,000
Niveau d'études bac ou inférieur	5 204	33,4	5 835	29,7	3 734	29,7	5 062	26,4	0,000
Taille d'agglomération de résidence de plus de 100 000 habitants	6 986	44,8	8 223	41,8	4 901	39,0	7 723	40,2	0,000
Situation professionnelle									0,000
Salarié, indépendant, auto-entrepreneur	9 584	61,4	12 984	66,0	8 642	68,8	14 841	77,3	
Chômage, RSA*, Inactif, Retraite	1 086	7,0	1 096	5,6	924	7,4	852	4,4	
Étudiant	4 928	31,6	5 588	28,4	3 001	23,9	3 509	18,3	
Situation financière perçue à l'aise, correcte	8 208	52,6	11 624	59,1	7 538	60,0	12 255	63,8	0,000
Auto-affirmation identité homo-sexuelle	12 961	83,1	15 947	81,1	10 127	80,6	15 335	79,9	0,000
Avoir un partenaire masculin stable	8403	53,9	10 523	53,5	7 360	58,6	11 162	58,1	0,000
Plus de 10 partenaires masculins au cours des 6 derniers mois	2 763	17,7	2 797	14,2	1 331	10,6	4 084	21,3	0,000
Statut VIH et biomédical									0,000
VIH- et PrEP**	473	3,0	1 290	6,6	1 486	11,8	4 012	20,9	
VIH- sans PrEP**	11 392	73,0	14 276	72,6	8 424	67,0	11 923	62,1	
VIH+	1 164	7,5	1 282	6,5	905	7,2	1 188	6,2	
VIH inconnu	2 569	16,5	2 820	14,3	1 752	13,9	2 079	10,8	

* RSA : revenu de solidarité active, ** PrEP : Prophylaxie pré-exposition

Évolution de la pratique du *chemsex*

En 2017, la pratique du *chemsex* au cours du dernier rapport sexuel avec un homme s'élevait à 5,0 %, elle est de 5,8 % en 2023, sans différence significative après ajustement sur les variables sociodémographiques (tableau 2). En 2023, la part de participants pratiquant le *chemsex* au cours des 6 derniers mois avant l'enquête est de 13 %, sans différence significative avec 2021 après ajustement sur les variables sociodémographiques.

Tableau 2. Évolution de la prévalence déclarée de la consommation de produits psychoactifs dans un contexte sexuel (*chemsex*) au cours du dernier rapport sexuel ou au cours des 6 derniers mois - Enquête Rapport au sexe (ERAS) France, 2017-2019-2021-2023

	2017		2019			2021			2023		
	%	ORa	%	ORa	IC95 %	%	ORa	IC95 %	%	ORa	IC95 %
Pratique du <i>chemsex</i> au cours du dernier rapport sexuel avec un homme	5,0	Ref.	5,2	1,01	[0,91-1,12]	6,1	1,1	[0,96-1,19]	5,8	0,8	[0,75-0,93]
Pratique du <i>chemsex</i> au cours des 6 derniers mois avec un partenaire occasionnel masculin	/		/			12,1	Ref.		13,0	0,9	[0,86-1,0]

*Ora: odds ratio ajusté, IC95 % : intervalle de confiance à 95 %

*Ajusté sur l'âge, le niveau scolaire, la taille de l'agglomération de résidence, niveau financier perçu, avoir un partenaire stable, le statut VIH déclaré et l'usage de la PrEP

Caractéristiques des participants pratiquant le *chemsex* dans les 6 derniers mois en 2023

En 2023, les HSH pratiquant le *chemsex* ont un âge médian de 37 ans. Ils sont plus diplômés que ceux ne la pratiquant pas (47 % indiquent avoir suivi au moins un second cycle universitaire contre 43 %, $p<0,001$). Pour autant, bien qu'ayant majoritairement une activité professionnelle (80 %), ils déclarent plus souvent être au chômage ou allocataire du revenu de solidarité active (RSA) (12 % vs 10 %, $p<0,001$). De même, ils indiquent plus souvent une situation financière perçue défavorable (42 % vs 35 %, $p<0,001$). Se définissant

très majoritairement homosexuels (85 % vs 79 %, $p<0,001$), ils fréquentent la scène gay que ce soit les lieux de convivialité gay (bars, saunas, backrooms) (84 % vs 79 %, $p<0,001$), les applications de rencontres gay (88 % vs 72 %, $p<0,001$) ou encore les sex-parties (58 % vs 15 %, $p<0,001$) ; leur cercle amical est majoritairement homosexuel (20 % vs 9 %, $p<0,001$). En termes de sexualité, ils rapportent pour 45 % avoir eu plus de 10 partenaires au cours des 6 derniers mois contre 15 % pour les HSH ne pratiquant pas le *chemsex* ($p<0,001$). Leur répertoire sexuel est plus diversifié : lors de leur dernier rapport sexuel, 17 % ont pratiqué le *fist* (vs 4 %, $p<0,001$) ou des pratiques hard ou BDSM (12 % vs 5 %, $p<0,001$). Le non-usage systématique du préservatif au cours des pénétrations anales avec des partenaires occasionnels dans les 6 derniers mois est élevé : 73 % vs 35 % pour les HSH ne pratiquant pas le *chemsex* ($p<0,001$). Concernant le VIH, 42 % des HSH pratiquant le *chemsex* sont séronégatifs et sous PrEP contre 18 % pour ceux ne le pratiquant pas, 16 % indiquent vivre avec le VIH contre 5 % ($p<0,001$). Par ailleurs, les HSH pratiquant le *chemsex* rapportent plus souvent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (20 % vs 12 %, $p<0,001$).

Ils sont 18 % à indiquer s'être injecté un des produits consommés au cours de session de *chemsex*. Parmi les participants ayant pratiqué le *chemsex* dans les 6 derniers mois, 58 % n'avaient pas pratiqué le *chemsex* au cours de leur dernier rapport sexuel avec un homme.

Les facteurs associés à la pratique du *chemsex* au cours des 6 derniers mois sont présentés dans le tableau 4. Ainsi, être âgés de 25-44 ans, résider dans une agglomération de plus de 100 000 habitants, être au chômage ou au RSA, indiquer une situation financière défavorable, avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie, avoir un cercle amical préférentiellement homosexuel, fréquenter les lieux de convivialité, les applications de rencontre ou encore les sex-parties, avoir plus de 10 partenaires dans les 6 derniers, ne pas utiliser systématiquement le préservatif lors des pénétrations anales avec des partenaires occasionnels, être séronégatifs sous PrEP ou vivre avec le VIH ainsi qu'avoir une hépatite C diagnostiquée dans les 12 derniers mois étaient associés à la pratique du *chemsex* dans les 6 derniers mois.

Tableau 3. Caractéristiques des participants selon leur consommation de produits psychoactifs dans un contexte sexuel (*chemsex*) au cours des 6 derniers mois - Enquête Rapport au sexe (ERAS) France, 2023

	Total		HSH ne pratiquant pas le chemsex		HSH pratiquant le chemsex		
	Effectifs	% (colonne)	Effectifs	% (colonne)	Effectifs	% (colonne)	p Value
	19 108		16 616	87,0 %	2 492	13,0 %	
Âge médian	37	[28-47]	36	[28-47]	37	[30-46]	0,000
Être né dans un pays étranger	1 273	6,7	1 062	6,4	211	8,5	0,000
Niveau d'études							0,000
Bac ou inférieur	5 015	26,2	4 376	26,3	639	25,6	
1 ^{er} cycle universitaire ou équivalent	5 767	30,2	5 085	30,6	682	27,4	
2 ou 3 ^e cycle universitaire ou équivalent	8 326	43,6	7 155	43,1	1 171	47,0	
Résider dans une agglomération de plus de 100 000 habitants	7 693	40,3	6 283	37,8	1 410	56,6	
Situation professionnelle							0,000
Salarié, indépendant, autoentrepreneur	14 775	77,3	12 780	76,9	1 995	80,1	
Chômage, RSA*, inactif, retraité	1 989	10,4	1 683	10,1	306	12,3	
Étudiant	2 344	12,3	2 153	13,0	191	7,7	
Situation financière perçue juste, difficile, endettée	6 902	36,1	5 855	35,2	1 047	42,0	0,000
Avoir une relation stable avec un homme au moment de l'enquête	11 117	58,2	9 892	59,5	1 225	49,2	0,000
Auto-affirmation identité homosexuelle	15 271	79,9	13 158	79,2	2 113	84,8	
Cercle d'amis majoritairement homosexuel	1 949	10,2	1 440	8,7	509	20,4	0,000
Fréquentation des lieux de convivialité (bars, saunas, backrooms)	12 010	62,9	9 919	59,7	2 091	83,9	0,000

	Total		HSH ne pratiquant pas le chemsex		HSH pratiquant le chemsex		
	Effectifs	% (colonne)	Effectifs	% (colonne)	Effectifs	% (colonne)	p Value
Utilisation d'applications gay de rencontre	14 173	74,2	11 978	72,1	2 195	88,1	0,000
Fréquentation de sex-parties	3 890	20,4	2 454	14,8	1 436	57,6	0,000
Avoir plus de 10 partenaires masculins dans les 6 derniers mois	4 064	21,3	2 930	17,6	1 134	45,5	0,000
Tentative de suicide au cours de la vie	2 490	13,0	1 999	12,0	491	19,7	0,000
Dépistage VIH au cours des 12 derniers mois	10 437	54,6	8 817	53,1	1 620	65,0	0,000
Statut VIH et usage de la PrEP**							0,000
VIH- et PrEP**	4 005	21,0	2 954	17,8	1 051	42,2	
VIH- sans PrEP**	11 866	62,1	10 944	65,9	922	37,0	
VIH+	1 183	6,2	788	4,7	395	15,9	
VIH inconnu	2 054	10,7	1 930	11,6	124	5,0	
Diagnostic au moins une IST dans les 12 derniers mois	2 562	13,4	1 842	11,1	720	28,9	0,000
Diagnostic hépatite C dans les 12 derniers mois	62	0,3	31	0,2	31	1,2	0,000
Usage de préservatif avec des partenaires occasionnels dans les 6 derniers mois							0,000
Pas de partenaire occasionnel.	5 948	31,1	5 628	33,9	320	12,8	
Pas de pénétration anale (PA) avec les partenaires occasionnels	1 811	9,5	1 674	10,1	137	5,5	
Utilisation systématique préservatif lors PA avec des partenaires occasionnels	3 693	19,3	3 472	20,9	221	8,9	
PA non protégées systématiquement par le préservatif avec des partenaires occasionnels	7 656	40,1	5 842	35,2	1 814	72,8	

	Total		HSH ne pratiquant pas le chemsex		HSH pratiquant le chemsex		
	Effectifs	% (colonne)	Effectifs	% (colonne)	Effectifs	% (colonne)	p Value
Pratique du fist au cours du dernier rapport sexuel	1035	5,4	611	3,7	424	17,0	0,000
Pratiques hard ou BDSM au cours du dernier rapport sexuel	1092	5,7	802	4,8	290	11,6	0,000

RSA : revenu de solidarité active, PrEP : Prophylaxie pré-exposition, IST : infections sexuellement transmissibles, BDSM : Bondage Domination Sadisme et Masochisme

Tableau 4. Facteurs associés à la consommation de produits psychoactifs dans un contexte sexuel (*chemsex*) au cours des 6 derniers mois - Enquête Rapport au sexe (ERAS) France, 2023

		Analyse univariée			Analyse multivariée		
Caractéristiques	%	OR	IC 95 %	p value	ORa	IC 95 %	p value
Âge en 3 classes							
18-24 ans	7,9	Ref.			Ref.		
25-44 ans	14,6	2,00	[1,73-2,31]	0,000	1,33	[1,09-1,60]	0,002
45 et plus	12,9	1,73	[1,48-2,03]	0,000	0,77	[0,64-0,94]	0,011
Agglomération de résidence de plus 100 000 habitants							
Non	9,5	Ref.			Ref.		
Oui	18,3	2,14	[1,97-2,33]	0,000	1,76	[1,60-1,95]	0,000
Situation professionnelle							
Salarié, indépendant, autoentrepreneur	13,5	Ref.			Ref.		
Chômage, RSA, inactif, retraité,	21,1	1,70	[1,44-2,03]	0,000	1,30	[1,06-1,59]	0,012
Étudiant	9,1	0,64	[0,57-0,73]	0,000	0,82	[0,70-0,96]	0,013
Situation financière perçue							
À l'aise, ça va	11,8	Ref.			Ref.		
Juste, difficile, voire endetté	15,2	1,33	[1,22-1,45]	0,000	1,40	[1,25-1,54]	0,000

		Analyse univariée			Analyse multivariée		
Cercle d'amis majoritairement homosexuel							
Non	11,6	Ref.			Ref.		
Oui	26,1	2,70	[2,42-3,02]	0,000	1,36	[1,19-1,55]	0,000
Fréquentation des lieux de convivialité (bars,saunas, backrooms)							
Non	5,6	Ref.			Ref.		
Oui	17,4	3,52	[3,15-3,93]	0,000	1,47	[1,29-1,67]	0,000
Utilisation d'applications de rencontre gay							
Non	6,0	Ref.			Ref.		
Oui	15,5	2,86	[2,52-3,24]	0,000	1,25	[1,08-1,45]	0,001
Fréquentation de sex-parties							
Non	6,9	Ref.			Ref.		
Oui	36,9	7,85	[7,17-8,59]	0,000	4,59	[4,13-5,09]	0,001
Plus de 10 partenaires masculins 6 derniers mois							
Non	9,0	Ref.			Ref.		
Oui	27,9	3,90	[3,57-4,26]	0,000	1,25	[1,12-1,40]	0,000
Tentative de suicide au cours de la vie							
Non	12,0	Ref.			Ref.		
Oui	19,7	1,79	[1,61-2,00]	0,000	1,63	[1,44-1,86]	0,000
Statut VIH et usage de la PrEP**							
VIH- sans PrEP**	7,8	Ref.			Ref.		
VIH- et PrEP**	26,2	4,22	[3,83-4,65]	0,000	1,44	[1,27-1,63]	0,000
VIH+	33,4	5,95	[5,18-6,83]	0,000	2,73	[2,31-3,23]	0,000
VIH inconnu	6,0	0,76	[0,63-0,92]	0,000	0,83	[0,68-1,03]	0,092
Diagnostic hépatite C dans les 12 derniers mois							
Non ou NSP	12,9	Ref.			Ref.		
Oui	50,0	4,68	[2,84-7,72]	0,000	3,49	[1,89-6,44]	0,000
Usage de préservatif avec des partenaires occasionnels dans les 6 derniers mois							
Pas de partenaire occasionnel.	5,4	Ref.			Ref.		

		Analyse univariée			Analyse multivariée		
Pas de pénétration anale (PA) avec des partenaires occasionnels	7,6	1,44	[1,17-1,77]	0,000	1,08	[0,87-1,35]	0,489
Utilisation systématique de préservatif lors de PA avec des partenaires occasionnels	6,0	1,12	[0,94-1,33]	0,000	0,73	[0,60-0,87]	0,000
Pas de préservatif lors des PA avec des partenaires occasionnels	23,7	5,46	[4,82-6,18]	0,000	1,86	[1,59-2,18]	0,000

* RSA : revenu de solidarité active, ** PrEP : Prophylaxie pré-exposition
OR : Odds ratio, ORa: odds ratio ajustés, IC95% : intervalle de confiance à 95%

Discussion

Les niveaux de prévalence de la pratique du *chemsex* des HSH actifs sexuellement ayant participé à ces enquêtes nationales s'avèrent stables dans le temps. Selon l'indicateur, ils oscillent entre 5 % lors du dernier rapport sexuel et 13 % au cours des 6 derniers mois. Le premier indicateur minore probablement la prévalence, sachant que plus de la moitié des HSH pratiquant le *chemsex* au cours des 6 derniers mois rapportaient ne pas avoir pratiqué le *chemsex* lors de leur dernier rapport sexuel. Les comparaisons avec d'autres enquêtes sont toujours délicates du fait de la diversité des indicateurs, tant en termes de produits psychoactifs inclus dans la définition que de la période de référence, ou de la spécificité des populations investiguées. Pour autant, les prévalences de *chemsex* en France sont assez convergentes, de l'ordre de 13 %-14 % des répondants dans les 12 derniers mois et 5 %-7 % au cours du dernier rapport sexuel (Gaissad & Velter, 2019 ; Milhet, 2019). Nos estimations sont proches de celles obtenues dans d'autres pays à partir d'échantillons de convenance recrutés via internet (5 %-10 %) , mais inférieures à celles réalisées auprès de HSH recrutés dans des cliniques d'IST – centres communautaires de santé sexuelle (17 %-35 %) . Les échantillons de HSH recrutés via Internet sont plus susceptibles d'inclure une plus grande diversité de profils de HSH que ceux recrutés dans les milieux de soin .

Le profil des HSH pratiquant le *chemsex* de notre étude n'est pas différent de celui décrit dans d'autres enquêtes . Par rapport aux

HSH ne pratiquant pas le *chemsex*, ils sont plus souvent âgés de 25 à 45 ans et urbains . Bien qu'ayant un capital scolaire élevé, ils sont plus souvent au chômage ou au RSA ou encore dans des situations financières défavorables. Leur mode de vie est fortement associé à la culture gay communautaire (Milhet, 2019) : de par leur affirmation de leur homosexualité, leur fréquentation des lieux de convivialité gays ou des applications de rencontre, leur cercle d'amis préférentiellement homosexuel ; mettant l'accent sur la performance sexuelle (Gaissad & Velter, 2019), avec un nombre important de partenaires sexuels, une fréquentation des sex-parties ou encore des pratiques sexuelles marginales dites hard .

À l'instar de nombreux autres travaux, les HSH pratiquant le *chemsex* participant à notre étude rapportent plus souvent des comportements sexuels pouvant les exposer à des risques de contamination de maladies infectieuses et bactériennes, que ce soit en termes de répertoire sexuel traumatique, de nombre de partenaires sexuels important, de non-protection par le préservatif de leurs rapports anaux . Pour 18 % d'entre eux, ils déclarent des pratiques d'injection, proportion similaire à l'étude de Pakianathan *et al.* réalisée en 2015 dans une clinique sexuelle du Royaume-Uni (Pakianathan *et al.*, 2018). Du fait de ces niveaux d'exposition, les diagnostics d'IST ou d'hépatite C sont plus élevés parmi les HSH pratiquant le *chemsex* d'ERAS que chez les autres participants comme d'autres études l'observent . Pour autant, les HSH pratiquant le *chemsex* se sont emparés de certaines stratégies de prévention du VIH et des IST, que sont le dépistage fréquent ou l'usage de la PreP . Dans notre étude, la part des HSH pratiquant le *chemsex* utilisant la PreP est importante (42 %) pour cet échantillon de convenance réalisé hors milieu de soin. La pratique du *chemsex* concerne également les HSH vivant avec le VIH . Dans notre étude ces derniers ont une probabilité de 2,7 fois plus importante que les participants séronégatifs n'utilisant pas la PreP de pratiquer le *chemsex*. Pour ces HSH en lien avec le soin, il est important d'adapter leur prise en charge en proposant à l'ensemble des professionnels médico-psycho-sociaux des formations adéquates (santé sexuelle, addictologie, réduction des risques) afin de renforcer leur compétence auprès de ce public.

Ces prises en charge spécifiques sont d'autant plus importantes, que nombre d'études décrivent des vulnérabilités psychiques des HSH qui pratiquent le *chemsex* ou des complications associées au

chemsex sans pouvoir informer sur le sens de la causalité (difficultés préexistantes ou conséquences de la pratique). Des troubles psychiatriques peuvent en effet préexister à la consommation, les traumatismes vécus dans le passé (enfance, adolescence) en lien ou pas avec l'homosexualité. Bien que l'édition 2023 d'ERAS n'intègre pas d'échelles de mesure de l'anxiété ou des épisodes dépressifs, la pratique du *chemsex* est associée positivement au fait d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie. Dans une précédente édition d'ERAS réalisée après les mesures de confinement liées à l'épidémie de COVID, nous avons montré que les HSH pratiquant le *chemsex* étaient deux fois plus susceptibles d'utiliser des médicaments psychotropes et de souffrir de détresse psychologique.

L'ensemble de ces résultats plaide pour la mise en œuvre d'interventions en matière de santé sexuelle et mentale destinées aux HSH sexuellement actifs incluant l'identification des substances psychoactives consommées et l'évaluation des risques potentiels pour la santé associés à ces consommations que ce soit au sein des services prenant en charge les personnes vivant avec le VIH, les usagers de la PrEP ou encore dans les associations LGBTQIA+.

Certaines limites de l'étude doivent être mentionnées. L'enquête n'est pas représentative. Seuls les HSH ayant accès à Internet et ayant cliqué sur l'invitation à participer ont répondu à l'enquête. Ainsi, l'absence de contrôle lors du processus d'inclusion et l'absence de base de sondage ne permettent pas d'extrapoler les résultats de cette étude à l'ensemble de la population des HSH. La taille des échantillons et la stabilité des caractéristiques des répondants d'une édition à l'autre plaident pour la comparabilité des enquêtes (Bochow, Jauffret-Roustide, Michel, & Schiltz, 2003). Ces enquêtes dites de convenance, basées sur le volontariat, tendent à surreprésenter les hommes les plus aisés et les plus identitaires (Velter *et al.*, 2015). Même si les modalités et les techniques de recrutement ont évolué, depuis les premières recherches lancées par M. Pollack en 1985 (Pollack & Schiltz, 1991), dans l'optique de diversifier les profils des répondants (Velter, Duchesne, & Lydie, 2023), le recrutement basé sur l'autosélection, continue à recruter des HSH formant le noyau du groupe social, à savoir la partie la plus visible et la plus affirmée (Schiltz, 2005). En termes d'effectif, bien que la taille des échantillons soit importante, on constate une baisse de nombre de HSH inclus dans l'étude pour l'édition 2021 par rapport à 2019 et 2023.

Deux hypothèses peuvent être avancées. L'édition 2021 portait sur le dernier semestre de l'année 2020 durant lequel des mesures de confinement étaient en vigueur impactant sur la sociabilité et l'activité sexuelle, la part de HSH sexuellement actifs dans les 6 derniers mois était moindre. Par ailleurs, des changements législatifs restreignant les possibilités de ciblage des profils sur les réseaux sociaux, nous ont contraints à augmenter la promotion de l'enquête sur les applications de rencontres pour l'édition 2023, dont les utilisateurs sont probablement plus souvent multipartenaires.

Bien que les thématiques comme les comportements sexuels ou la consommation de produits psychoactifs illégaux puissent être sous-déclarées en raison d'un biais de désirabilité sociale, l'utilisation d'une enquête en ligne et de questionnaire auto-administré est susceptible de réduire ces biais. L'acceptabilité des outils en ligne par les HSH est généralement très élevée (Goedel, Mitchell, Krebs, & Duncan, 2017) et laisse penser qu'il est plus facile pour eux de répondre à des questions délicates en ligne qu'en face à face. En outre, les données auto-déclarées sur la consommation de drogues ont déjà été validées dans un autre contexte (Beck, Guignard & Legleye, 2014).

Enfin, en raison de la conception transversale de cette étude, il n'est pas possible d'évaluer la causalité entre la pratique du *chemsex* et les caractéristiques de santé sexuelle des répondants.

Conclusion

Nos résultats indiquent que la pratique du *chemsex* reste très minoritaire chez les HSH et n'évolue pas dans le temps. Certains profils vulnérables sont particulièrement concernés. Alors que la pratique du *chemsex* est associée à des comportements à haut risque pour la santé sexuelle globale, les conséquences du *chemsex* sont potentiellement multiples, que ce soit en santé mentale ou psychosociale. Adapter les services de prévention et de soins à la pratique du *chemsex* est un enjeu important, en prenant en compte à la fois les enjeux de réduction de risques, de santé sexuelle et de prise en charge psychosociale afin d'assurer une promotion précoce de la santé et des interventions en faveur du bien-être de ces individus.

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre à cette enquête ; l'ANRS-MIE pour son soutien, via notamment la mise à disposition d'un poste de moniteur d'études en sciences sociales ; Nicolas Etien, Virginie Bufkens, Cecile Marie, Nathalie Lydié, Anna Mercier (SPFrance), Bérangère Gall et Solange Brugnaux (BVA) pour la qualité de leur travail dans la mise en œuvre de l'enquête ; nos partenaires associatifs pour leur soutien et relai des enquêtes dans leur réseau.

Références

- Amundsen, E., Haugstvedt, Å., Skogen, V., & Berg, R. C. (2022). Health characteristics associated with *chemsex* among men who have sex with men: Results from a cross-sectional clinic survey in Norway. *PLoS One*, 17(10), e0275618. doi:10.1371/journal.pone.0275618.
- Beck, F., Guignard, R., & Legleye, S. (2014). Does computer survey technology improve reports on alcohol and illicit drug use in the general population? A comparison between two surveys with different data collection modes in France. *PLoS One*, 9(1), e85810. doi:10.1371/journal.pone.0085810
- Benyamina, A., Basset, B., Batisse, A., Cessa, D., Donnadiou-Rigole, H., Karila, L., Schreck, B. (2022). Rapport *Chemsex* 2022 pour le ministère de la Santé. 73.
- Beyrer, C., Baral, S. D., van, G. F., Goodreau, S. M., Chariyalertsak, S., Wirtz, A. L., & Brookmeyer, R. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 380(9839), 367-377. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22819660> ; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3805037/pdf/nihms516957.pdf>
- Blomquist, P. B., Mohammed, H., Mikhail, A., Weatherburn, P., Reid, D., Wayal, S., Mercer, C. H. (2020). Characteristics and sexual health service use of MSM engaging in *chemsex*: results from a large online survey in England. *Sex Transm Infect*, 96(8), 590-595. doi:10.1136/sextrans-2019-054345.
- Bochow, M., Jauffret-Roustide, M., Michel, A., & Schiltz, M. A. (2003). Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000). In C. Broqua, F. Lert, & Y. Souteyrand (eds), *Homosexualités au temps du sida : tensions sociales et identitaires* (pp. 35-54). Paris : ANRS. (Reprinted from: In File).
- Bohn, A., Sander, D., Köhler, T., Hees, N., Oswald, F., Scherbaum, N., Schecke, H. (2020). *Chemsex* and Mental Health of Men Who Have Sex With Men in Germany. *Front Psychiatry*, 11, 542301. doi:10.3389/fpsy.2020.542301.
- 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. *Int J Drug Policy*, 26(12), 1171-1176. doi:10.1016/j.drugpo.2015.07.013

- Bourne, A., & Weatherburn, P. (2017). Substance use among men who have sex with men: patterns, motivations, impacts and intervention development need. *Sex Transm Infect*, 93(5), 342-346. doi:10.1136/sextrans-2016-052674.
- Chen, Y. T., Bowles, K., An, Q., DiNenno, E., Finlayson, T., Hoots, B., . . . Wejnert, C. (2018). Surveillance Among Men Who have Sex with Men in the United States: A Comparison of Web-Based and Venue-Based Samples. *AIDS Behav*, 22(7), 2104-2112. doi:10.1007/s10461-017-1837-z
- Coronado-Muñoz, M., García-Cabrera, E., Quintero-Flórez, A., Román, E., & Vilches-Arenas, Á. (2024). Sexualized Drug Use and *Chemsex* among Men Who Have Sex with Men in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*, 13(6). doi:10.3390/jcm13061812.
- Edmundson, C., Heinsbroek, E., Glass, R., Hope, V., Mohammed, H., White, M., & Desai, M. (2018). Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *Int J Drug Policy*, 55, 131-148. doi:10.1016/j.drugpo.2018.02.002.
- Evers, Y. J., Hoebe, C., Dukers-Muijters, N., Kampman, C. J. G., Kuizenga-Wessel, S., Shilue, D., Van Liere, G. (2020). Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing *chemsex* - a cross-sectional study in the Netherlands. *Prev Med Rep*, 18, 101074. doi:10.1016/j.pmedr.2020.101074.
- Frankis, J., Flowers, P., McDaid, L., & Bourne, A. (2018). Low levels of *chemsex* among men who have sex with men, but high levels of risk among men who engage in *chemsex*: analysis of a cross-sectional online survey across four countries. *Sex Health*, 15(2), 144-150. doi:10.1071/sh17159.
- Gaissad, L., & Velter, A. (2019). Drogue et sexualité gay sous influence : « Quand on prend ça, c'est fait pour ». *Sexologies*, 28(3), 128-134.
- Goedel, W. C., Mitchell, J. W., Krebs, P., & Duncan, D. T. (2017). Willingness to Use Mobile Phone Apps for HIV Prevention Among Men Who Have Sex with Men in London: Web-Based Survey. *JMIR Mhealth Uhealth*, 5(10), e153. doi:10.2196/mhealth.8143.
- Hammond, R., Cambiano, V., Lampe, F. C., Asboe, D., Clarke, A., Gilson, R., Sewell, J. (2023). Predictors of starting and stopping *chemsex* in men who have sex with men in England: findings from the AURAH2 prospective study. *Sex Transm Infect*, 99(7), 474-481. doi:10.1136/sextrans-2023-055774.
- Herrijgers, C., Poels, K., Vandebosch, H., Platteau, T., van Lankveld, J., & Florence, E. (2020). Harm Reduction Practices and Needs in a Belgian *Chemsex* Context: Findings from a Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*, 17(23). doi:10.3390/ijerph17239081.
- 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. *Sex Transm Infect*, 95(5), 342-350. doi:10.1136/sextrans-2018-053933.
- Ivey, K., Bernstein, K. T., Kirkcaldy, R. D., Kissinger, P., Edwards, O. W., Sanchez, T., & Abara, W. E. (2023). *Chemsex* Drug Use among a National Sample of Sexually Active Men who have Sex with Men, - American Men's

- Internet Survey, 2017-2020. *Subst Use Misuse*, 58(5), 728-734. doi:10.1080/10826084.2023.2184207.
- Jalil, E. M., Torres, T. S., de, A. P. C. C., Farias, A., Brito, J. D. U., Lacerda, M., Veloso, V. G. (2022). High Rates of Sexualized Drug Use or *Chemsex* among Brazilian Transgender Women and Young Sexual and Gender Minorities. *Int J Environ Res Public Health*, 19(3). doi:10.3390/ijerph19031704.
- Jaspal, R. (2022). *Chemsex*, Identity and Sexual Health among Gay and Bisexual Men. *Int J Environ Res Public Health*, 19(19). doi:10.3390/ijerph191912124.
- Maxwell, S., Shahmanesh, M., & Gafos, M. (2019). *Chemsex* behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*, 63, 74-89. doi:10.1016/j.drugpo.2018.11.014.
- McCall, H., Adams, N., Mason, D., & Willis, J. (2015). What is *chemsex* and why does it matter? *Bmj*, 351, h5790. doi:10.1136/bmj.h5790.
- Milhet, M. (2019). APACHES-Attentes et Parcours liés au *Chemsex*. *Observatoire français des drogues et de la toxicomanie*.
- O'Halloran, C., Rice, B., White, E., Desai, M., Dunn, D. T., McCormack, S., Gafos, M. (2019). *Chemsex* is not a barrier to self-reported daily PrEP adherence among PROUD study participants. *Int J Drug Policy*, 74, 246-254. doi:10.1016/j.drugpo.2019.10.007.
- Pakianathan, M., Whittaker, W., Lee, M. J., Avery, J., Green, S., Nathan, B., & Hegazi, A. (2018). *Chemsex* and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med*. doi:10.1111/hiv.12629.
- Pollak, M., & Schiltz, M. A. (1991). *Six années d'enquête sur les homo et bisexuels masculins face au sida 1985-1990* (Rapport de recherche). Retrieved from Paris.
- Prestage, G., Hammoud, M., Jin, F., Degenhardt, L., Bourne, A., & Maher, L. (2018). Mental health, drug use and sexual risk behavior among gay and bisexual men. *Int J Drug Policy*, 55, 169-179. doi:10.1016/j.drugpo.2018.01.020.
- 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 Med*, 19(4), 261-270. doi:10.1111/hiv.12574.
- Rodríguez-Expósito, B., Rieker, J. A., Uceda, S., Beltrán-Velasco, A. I., Echeverry-Alzate, V., Gómez-Ortega, M., Reiriz, M. (2024). Psychological characteristics associated with *chemsex* among men who have sex with men: Internalized homophobia, conscientiousness and serostatus as predictive factors. *Int J Clin Health Psychol*, 24(2), 100465. doi:10.1016/j.ijchp.2024.100465.
- Roux, P., Donadille, C., Girard, G., Spire, B., Protière, C., & Velter, A. (2022). Impact of COVID-19 Pandemic on Men Who Have Sex With Men That Practice *Chemsex* in France: Results From the National ERAS Web Survey. *Am J Mens Health*, 16(1), 15579883211073225. doi:10.1177/15579883211073225.
- Roux, P., Fressard, L., Suzan-Monti, M., Chas, J., Sagaon-Teyssier, L., Capitant, C., Spire, B. (2018). 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*, 79(2), e69-e75. doi:10.1097/qai.0000000000001781.

- Schiltz, M.-A. (2005). Faire et défaire des groupes: l'information chiffrée sur les « populations difficiles à atteindre ». *Bulletin de méthodologie sociologique. Bulletin of Sociological Methodology*, (86), 30-54.
- Schmidt, A. J., Bourne, A., Weatherburn, P., Reid, D., Marcus, U., & Hickson, F. (2016). Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy*, 38, 4-12. doi:10.1016/j.drugpo.2016.09.007.
- Stuart, D. (2016). A chemsex crucible: the context and the controversy. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 42(4), 295-296. doi:10.1136/jfprhc-2016-101603.
- Tomkins, A., George, R., & Kliner, M. (2019). Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspect Public Health*, 139(1), 23-33. doi:10.1177/1757913918778872.
- Velter, A., Duchesne, L., & Lydie, N. (2023). Des modes de vie aux espaces de collecte: les échantillons d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. In W. Rault & M. Trachman (dir.), *Minorité de genre et de sexualité : objectivation, catégorisations et pratiques d'enquête* (pp. 121-138). Aubervilliers : Ined.
- Velter, A., Saboni, L., Bouyssou, A., Bernillon, P., Sommen, C., & Semaille, C. (2015). Échantillons de convenance par Internet et par la presse. Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011. *Bull Methodol Sociol*, 126(1), 46-66.

Une initiative thérapeutique innovante

L'exemple de la mise en place d'un parcours
de soin dédié au *chemsex* dans le service
des maladies infectieuses
de l'hôpital Saint-Louis

An innovative therapeutic initiative:
The implementation of a care pathway
dedicated to chemsex in the infectious
diseases department of Hôpital Saint -Louis

Iris Bichard

Chargée de mission recherche et infirmière,
Service des Maladies infectieuses et tropicales
de l'Hôpital Saint-Louis (AP-HP), Paris
iris.bichard@aphp.fr

Résumé : Face à l'augmentation de la pratique du chemsex, le service des Maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Saint-Louis (AP-HP) s'est organisé pour proposer un parcours de soins multidisciplinaire spécialisé en 2019. Des infirmières ont été formées à la réduction des risques et des dommages (RdRD) liés au chemsex et l'ensemble de l'équipe a été sensibilisé à la prise en charge de ces usagers. Les médecins du service identifient et orientent les personnes qui le souhaitent vers les consultations de RdRD. Dans le cadre de ces consultations, des soignantes mènent des entretiens de RdRD avec

les patients chemsexuels souhaitant modifier ou faire le point sur leurs pratiques de consommation. À chaque consultation, l'infirmière spécialisée et l'utilisateur fixent un objectif de RdRD, un plan d'action personnalisé est établi, aidant notamment à gérer les cravings. Les moyens d'action sont réévalués à chaque séance et de nouveaux objectifs établis. Le patient est adressé au médecin référent, psychiatre, psychologue ou sexologue en cas de comorbidité ou de problématique identifiée. Entre septembre 2019 et septembre 2023, 264 usagers ont consulté dans le cadre de la consultation chemsex et 1115 consultations de RdRD ont été menées par les infirmières. Une enquête menée en 2021 a démontré l'intérêt de ce parcours de soins en santé sexuelle transverse et disponible en un lieu unique, facilitant le soin des patients pratiquant le chemsex.

Abstract: Faced with an increase in the practice of chemsex, the Infectious and Tropical Diseases Department at Hôpital Saint-Louis (AP-HP) took the necessary steps to be able to offer a specialized multidisciplinary care pathway in 2019. Nurses were trained in risk and harm reduction (RdRD) related to chemsex, and awareness-raising was carried out with the entire team to prepare them to treat these users. The department's doctors identify relevant patients and refer those who are willing to RdRD consultations. As part of these consultations, nurses conduct RdRD interviews with chemsex patients wishing to change or take stock of their consumption practices. At each consultation, the nurse specialist and the user set a RdRD objective, and a personalized action plan is drawn up, helping in particular to manage cravings. The means of action are reassessed at each session, and new objectives are set. Patients are referred to the referring doctor, psychiatrist, psychologist, or sexologist in the event of comorbidity or other problems. Between September 2019 and September 2023, 264 users attended chemsex consultations and the nurses carried out 1,115 RdRD consultations. A survey conducted in 2021 demonstrated the value of this cross-disciplinary sexual health care pathway available in a single location, facilitating care for chemsex patients.

Mots-clés : *chemsex, réduction des risques et des dommages, parcours de soins, santé sexuelle, multidisciplinarité, plan d'action*

Keywords: *chemsex, harm reduction, care pathway, sexual health, multidisciplinary, action plan*

Introduction

Le service des Maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Saint-Louis (AP-HP) dirigé par le Professeur Jean-Michel Molina assure notamment le suivi de la PrEP, du VIH et des IST (infections sexuellement transmissibles) de plusieurs milliers de HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes). En 2019, à la suite de l'observation de l'augmentation de la pratique du *chemsex*, le service a décidé de s'organiser pour proposer un accompagnement aux personnes dans le besoin vis-à-vis de cette pratique.

Le Dr Alexandre Aslan, médecin sexologue et psychothérapeute a ainsi formé plusieurs infirmières à la RdRD (réduction des risques et des dommages) et tous les professionnels du service ont été sensibilisés à la prise en charge du *chemsex*. Un parcours de soins multidisciplinaire a été mis en place et en septembre 2019 les premiers patients ont pu bénéficier de cette offre de soins.

Au cours de cet article, nous expliquerons le déroulement du parcours de soins puis nous ferons le bilan des quatre premières années de cet accompagnement dédié au *chemsex*.

Identification et orientation des patients vers la consultation de RdRD

La première étape du parcours de soins commence en consultation PrEP, VIH ou IST par l'identification d'une éventuelle demande du patient de travailler sur sa pratique de *chemsex*. Des formations sont organisées régulièrement au sein du service, notamment pour les médecins. Ces derniers sont en effet chargés de cette première phase importante du parcours de soins. Pour les aider, ils posent les six questions suivantes aux usagers de *chemsex* :

- 1) Utilisez-vous des produits pour avoir du sexe ?
- 2) Quelle est votre substance préférée ? Comment vous l'administrez-vous ?

- 3) Passez-vous un bon moment dans ce contexte ?
- 4) Êtes-vous OK avec votre niveau de consommation de produits ?
- 5) Quand a eu lieu votre dernier rapport sexuel sans aucune drogue ?
- 6) Souhaiteriez-vous en parler à un spécialiste ?

Cet ensemble de questions permet au médecin d'avoir une idée de l'impact de la pratique du *chemsex* sur la vie du patient et permet à ce dernier d'entamer une forme de questionnement sur ses consommations. Si le patient pratique le *slam* (injection de substances psychoactives par voie intraveineuse), s'il consomme du crystal-meth ou bien s'il a répondu « oui » à la question six, il est réorienté vers la consultation de RdRD.

Présentation des consultations de RdRD

Trois infirmières du service reçoivent des personnes souhaitant engager un travail sur leur pratique de *chemsex*. Dix créneaux d'une heure sont ainsi proposés chaque semaine aux patients. Les infirmières occupent un rôle central dans le parcours de soins dédié au *chemsex*. À ce titre, tous les mois, une réunion d'intervision est organisée avec le médecin référent de la consultation et les infirmières pour évoquer d'éventuelles situations complexes, des cas cliniques et des nouveautés sur le sujet.

Lors de la première séance, l'utilisateur est invité à signer le contrat relatif au parcours de soins. Ce contrat a été rédigé par l'ensemble de l'équipe du parcours de soins dédié au *chemsex* et permet d'instaurer un cadre à la consultation. Il encadre les soins du patient et explique également à l'utilisateur qu'au bout de deux rendez-vous manqués (consultation avec une infirmière de RdRD ou avec un autre spécialiste) sans avoir prévenu au moins 24h avant le rendez-vous, le suivi prendra fin. La pratique du *chemsex* peut amener à une perte de repères, de règles et de cadre, c'est pourquoi l'instauration de ce contrat revêt une grande importance tant pour les consultants que pour l'organisation des soins.

La première consultation infirmière a pour objectif de comprendre la demande de l'utilisateur vis-à-vis de sa consommation de substances psychoactives dans le cadre du *chemsex*. Les sujets de

ses prises de produits, de son usage du smartphone, de sa vie sociale, de sa sexualité, de sa vie amoureuse et professionnelle sont abordés, permettant d'évaluer sa situation sur tous les plans. À l'issue de cet entretien, l'infirmière propose au patient trois axes :

- Faire le point sur ses pratiques de consommation
- Consommer de manière plus sûre
- Réduire ses consommations

Certains usagers résument leur suivi à une seule consultation pour avoir des conseils de RdRD ou pour faire le point sur leurs pratiques avec un professionnel sans pour autant avoir le souhait de limiter leurs consommations. Dans un positionnement de non-jugement, le but de l'infirmière est alors d'amener le patient à prendre conscience des éventuels impacts de la consommation sur sa vie. La plupart des personnes viennent en consultation avec l'objectif de stopper leurs consommations. Dans ce cadre-là, l'infirmière va leur proposer d'établir des objectifs progressifs, pour reprendre le contrôle petit à petit et peut-être, à terme, arrêter toute consommation si tel est leur souhait.

Une fois l'objectif global de la consultation posé, l'infirmière va aider le patient à construire son plan d'action. À l'aide de plusieurs questionnaires, la professionnelle va tout d'abord amener la personne à comprendre quels sont les circonstances, les moments de la semaine et les situations à risque de consommer. Elle va ensuite proposer au patient des stratégies pour faire face au *craving* (envie irrésistible de consommer) appelées « moyens d'action ». Une liste d'activités (par exemple : « appeler un ami », « me masturber rapidement », « installer le contrôle parental sur mon portable »...) est ainsi proposée au patient, lui permettant de réagir différemment en cas d'envie de consommer. Un objectif est ensuite établi par la personne, devant être ambitieux mais réaliste. Pour l'évaluer, l'infirmière utilise deux échelles : un score de confiance et un score d'importance (cf. Annexe 1). Si l'un ou l'autre est évalué inférieur à 7/10 par l'utilisateur, l'objectif est revu, le but étant qu'il atteigne son objectif pour reprendre confiance en lui petit à petit et qu'il gagne en autonomie vis-à-vis de la pratique. L'objectif est personnalisé et réévalué à chaque séance.

Par l'exploration d'un imaginaire sans produit, en lien avec des activités de plaisir personnel, un scénario alternatif à la consommation est composé par le patient et partagé avec l'infirmière pour se

réapproprier et réinventer les moments anciennement dédiés à la pratique du *chemsex*.

Pendant les consultations, l'infirmière mobilise ses compétences en entretien motivationnel, explique au patient le fonctionnement des produits psychoactifs d'un point de vue neurologique et travaille avec lui sur la prévention de la rechute. Elle réévalue la situation à chaque consultation, avec une fréquence de rendez-vous variable en fonction de son besoin et peut être amenée à le réorienter vers un autre professionnel. Si le patient atteint trois fois consécutivement son objectif, le suivi prend fin. S'il ne parvient pas à atteindre ses objectifs, il est réorienté vers le médecin référent *chemsex*.

Intérêt de la multidisciplinarité du parcours de soins et des partenariats

Si l'infirmière détecte une comorbidité ou si le patient n'atteint pas son objectif au bout de trois consultations, elle le réoriente vers le psychologue, la psychiatre, le sexologue ou le médecin référent *chemsex*.

Entre septembre 2019 et septembre 2023, 264 patients ont consulté dans le cadre de la consultation *chemsex*. Trente-neuf pour cent d'entre eux (n=104) ont été orientés vers un autre professionnel et 10% (n=26) ont été reçus par au moins deux spécialistes en plus de l'infirmière de RdRD au cours de leur suivi. Parmi ces usagers, 13% (n=35) ont été réorientés vers le sexologue, 13 % (n = 34) vers le référent *chemsex*, 12 % (n = 32) vers le psychologue, 8 % (n = 20) vers une structure ou un professionnel extérieur, 3 % (n = 9) vers la psychiatre du service (la psychiatre ayant été absente pendant plusieurs mois à cette période, ce dernier chiffre est à relativiser).

L'intérêt d'avoir mobilisé tous les professionnels de santé du service sur ce sujet est majeur dans la mesure où les personnes pratiquant le *chemsex* présentent pour beaucoup des comorbidités¹ nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels de santé sexuelle ou mentale. Le fait que tous les professionnels exercent au même endroit est

1. Jean-Victor Blanc, Jean-Del Burdairon, Léo Malandain, Florian Ferreri, Stéphane Mouchabac *et al.* (2023). Attachment and Mental Health of Men Having Sex with Men Engaging in Chemsex: Is Substance Abuse Only the Tip of the Iceberg?. *Journal of Homosexuality*, pp. 1-20. 10.1080/00918369.2023.2266086 hal-04255139.

un atout important, les patients se sentant plus à l'aise et plus à même de consulter dans un lieu familial.

Des partenariats avec d'autres structures, notamment associatives, ont été mis en place au fil du temps. Ainsi, il arrive régulièrement que des patients soient adressés à un hôpital pour une hospitalisation en addictologie ou psychiatrie, ou à une association pour participer à des groupes de paroles par exemple.

Bilan quatre ans après l'instauration du parcours de soins

En trois ans, 1115 consultations de RdRD ont été menées par les infirmières pour 264 patients. L'âge moyen de ces derniers était de 41 ans, tous étant HSH. Parmi eux, 29 % (n=77) étaient des PVVIH, 71 % (n=187) suivis dans le service pour la PrEP. 16 % (n=43) avaient déjà eu une hépatite C.

Parmi les 264 consultants du parcours de soins dédié au *chem-sex*, 72% (n=191) sont revenus au moins une fois après la première visite. Leur suivi prenait fin au bout de quatre consultations de RdRD en moyenne. Un certain nombre d'usagers avait stoppé leur accompagnement entre 2019 et 2023, en effet, en septembre 2023, 54 patients étaient en cours de suivi. Six raisons d'arrêter l'accompagnement ont été identifiées :

- 38 % (n=79) des usagers ont stoppé leur suivi car ils estimaient avoir atteint leur objectif ;
- 21 % (n=45) ont été considérés comme perdus de vue après plusieurs relances effectuées par les infirmières ;
- 13 % (n=27) ont souhaité n'assister qu'à une seule consultation pour faire le point sur leurs consommations et n'ont pas donné suite au suivi car ils ne percevaient pas comme problématique leur niveau de consommation ;
- 13 % (n=27) ont été réorientés vers une structure extérieure et ont arrêté leur suivi à l'hôpital Saint-Louis à cette occasion ;
- 11 % (n=24) ont décidé de mettre fin à leur suivi car il ne leur convenait pas ou qu'ils n'étaient pas prêts à modifier leurs pratiques ;
- 4 % (n=8) ont arrêté leur suivi car ils avaient déménagé.

Une enquête a été proposée en décembre 2021 à notre file active, 96 patients y ont répondu. Cette enquête a mis en avant la satisfaction des usagers vis-à-vis du parcours de soins proposé. En effet, 83 % (n=80) des répondants estimaient que les consultations de RdRD leur avaient permis de réduire les risques liés à leur consommation de produits psychoactifs et 84 % (n = 81) recommanderaient « assurément » la consultation à une personne dans la même situation qu’eux.

Conclusion

Le parcours de soins dédié au *chemsex* mis en place en 2019 dans le service des Maladies infectieuses de l’hôpital Saint-Louis a fait ses preuves : les patients s’en disent satisfaits et les professionnels de santé sont formés pour orienter les patients vers le personnel dédié.

L’efficacité et la pertinence de ce parcours résident aussi dans sa multidisciplinarité, permettant une prise en soin holistique des personnes.

L’équipe a maintenant pour projet d’évaluer plus finement l’impact des consultations sur la consommation des patients ainsi que sur leur santé psychique et sexuelle, à l’aide d’échelles ou d’une enquête de satisfaction.

Annexe 1 : Fiche établissement de l'objectif du patient

Objectif de la consultation : Faire une pause

Objectif de délai d'abstinence

Une journée

Un week-end

7 jours

2 semaines

1 mois

2 mois

3 mois

4 mois

Autre :

Niveau de confiance pour atteindre l'objectif

⇒ Sur une échelle de 1 à 10, 1 correspondant à « pas du tout confiant » et 10 « très confiant » comment définiriez-vous votre niveau de confiance pour atteindre cet objectif ?

Importance de l'objectif

⇒ Entre 0 correspondant à « pas du tout important pour moi » et 10 « très important pour moi » comment définiriez-vous l'importance d'atteindre votre objectif ?

Chemsex et sexualité

Caractériser les facteurs de vulnérabilité,
les besoins des patients et les approches
sexologiques lors d'une intervention
en milieu hospitalier

Chemsex and sexuality: Characterizing
vulnerability factors, patients'
needs and sexological approaches
during a hospital intervention

Alexandre Aslan

Unité des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Saint-Louis (Assistance
Publique-Hôpitaux de Paris), Paris, France
psychaamed@gmail.com

David Lessard

Centre de recherche évaluative en santé, Institut de recherche du Centre
universitaire de santé McGill, Montréal, Canada

Bertrand Lebouché

Service des maladies virales chroniques, Division des maladies infectieuses,
Département de Médecine, Centre universitaire de santé McGill,
Montréal, Canada
Centre de recherche évaluative en santé, Institut de recherche du Centre
universitaire de santé McGill, Montréal, Canada
Département de médecine de famille, Faculté de médecine et des sciences
de la santé, Université McGill, Montréal, Canada

Résumé : *Le chemsex est une forme d'usage de drogues sexualisé en expansion chez les GBHSH, avec des risques pour la santé physique et mentale. Cet article vise d'abord à mieux comprendre les facteurs de vulnérabilité des GBHSH, de même que les approches sexologiques possibles. Ensuite, des consultations en réduction des risques et des dommages pour les GBHSH pratiquant le chemsex ont été proposées dans une unité de maladies infectieuses parisienne. Nous avons cherché à décrire les comportements des patients. Une enquête a été réalisée auprès des patients des consultations en RdRD. Un total de 96 GBHSH ont rempli un questionnaire en ligne. La plupart rapportaient une pratique du chemsex assez fréquente et des impacts négatifs du chemsex sur leur vie sociale, professionnelle, intime ou sexuelle. La majorité était satisfaite de l'intervention et constatait une réduction du risque. De telles interventions multidisciplinaires préventives, diagnostiques et thérapeutiques en sexologie, psychologie et psychiatrie, dans les services déjà fréquentés par les GBHSH, sont efficaces et grandement nécessaires.*

Abstract: *Chemsex is an expanding form of sexualized drug use among GBMSM, posing risks to physical and mental health. This article first explores the vulnerability factors of GBMSM and possible sexological approaches. It then gives an account of harm reduction consultations for GBMSM practicing chemsex, offered in a Parisian infectious disease unit. The focus is on describing patient behaviors. A survey was conducted among patients attending the harm reduction consultations. Ninety-six GBMSM completed an online questionnaire. Most reported fairly frequent chemsex practices, and negative impacts of chemsex on their social, professional, personal, or sexual life. The majority were satisfied with the intervention, finding it effective at reducing risk. Such multidisciplinary preventive, diagnostic, and therapeutic interventions in sexology, psychology, and psychiatry, within units already frequented by GBMSM, are effective and greatly needed.*

Mots-clés : *troubles liés à la consommation de drogues, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, France, comportements sexuels, réduction des risques et des dommages, chemsex, évaluation de la qualité, usage de drogues sexualisé, santé sexuelle*

Keywords: *substance-related disorders, men who have sex with men, France, sexual behavior, harm reduction, chemsex, evaluation and quality improvement, sexualized substance use, sexual health*

Introduction

Le *chemsex* se réfère à un usage planifié de substances psychoactives pour faciliter, améliorer ou maximiser l'activité sexuelle, par exemple, en termes d'intensité ou de durée¹. Au cours des deux dernières décennies, le *chemsex* s'est répandu notamment parmi les hommes gays, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (GBHSH). Dans les pays développés, environ 15 à 60 % des GBHSH pratiquent le *chemsex*. L'expansion du *chemsex* préoccupe les structures de santé publique, étant donné son association à des risques accrus de pathologies psychiatriques, de conditions de santé sexuelle, ainsi que d'infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH².

Les substances synthétiques, telles que la méthamphétamine cristalline (ou *crystal meth*), le g-hydroxybutyrate/gamma-butyrolactone (GHB/GBL) et les cathinones (incluant la 3-méthylméthcathinone/3-chlorométhcathinone (3MMC/3CMC), la mephédronne, etc.), ainsi que la cocaïne et la kétamine, sont principalement utilisées dans le *chemsex*³. Les pratiques diffèrent selon les substances consommées,

-
1. Strong, C., Huang, P., Li, C.-W., Ku, S.W.-W., Wu, H.-J., Bourne, A. (2022). HIV, *chemsex*, and the need for harm-reduction interventions to support gay, bisexual, and other men who have sex with men. *The Lancet HIV*, 9(10), e717-e25.
 2. 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 ; Tangerli, M. M., Godynyuk, E. A., Gatica-Bahamonde, G., Neicun, J., Van Kessel, R., Roman-Urrestarazu, A. (2022). Healthcare experiences and barriers for Men Who Have Sex with Men – MSM – who engage in *chemsex*. In *Emerging Trends in Drugs, Addictions and Health*, 2.
 3. Amundsen, E., Muller, A. E., Reiherth, E., Skogen, V., Berg, R. C. (2023). *Chemsex* Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Scoping Review of Research Methods. *J Homosex*, 1-27 ; L'Yavanc, T., Gosset, D., Platey, M., Jedrzejewski, T., Gazalet, P., Lasry, S. *et al.* (2023). Is there a

l'intensité, la fréquence et la nature des comportements sexuels. Par exemple, le « slam » est une forme de *chemsex* impliquant l'injection de drogues, signalée chez environ 5 % des personnes pratiquant le *chemsex* dans les revues de littérature⁴.

Dans la littérature scientifique, la pratique du *chemsex* a été modélisée comme un « parcours », distinct d'autres formes de consommation de drogues récréatives en raison des pratiques particulières qui y sont associées et de certains facteurs de vulnérabilité particuliers aux GBHSH⁵. Ce parcours peut, ou non, mener à des formes « problématiques » de consommation, où le fardeau physique, social ou émotionnel devient trop lourd pour les personnes engagées. Les facteurs de risque associés aux parcours plus problématiques, ainsi que les comportements des personnes pratiquant le *chemsex* quant à la recherche ou à la participation aux soins de santé⁶, incluant les services de santé sexuelle, psychologique, addictologique et de prévention et traitement des IST et du VIH, ne sont pas bien compris. Ainsi, la pratique du *chemsex* peut renforcer et exposer à certains obstacles aux soins de santé. Par exemple, ceux qui s'adonnent au *chemsex* sont plus susceptibles d'avoir une moindre inclusion dans les soins, en partie en raison de la stigmatisation de leur orientation ou de leurs pratiques sexuelles⁷. Néanmoins, s'engager dans le *chemsex* n'est pas associé à une mauvaise adhésion à la prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP), principalement en raison d'une perception

reduction in *chemsex* practice in men who have sex with men during Covid-19 lockdown? Results of the CheRRLock study. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 92(5), 378-384).

4. Drevin, G., Rossi, L.-H., Férec, S., Briet, M., Abbata, C. (2021). *Chemsex/slamsex*-related intoxications: A case report involving gamma-hydroxybutyrate (GHB) and 3-methylmethcathinone (3-MMC) and a review of the literature. *Forensic Science International*, 321, 110743 ; Maxwell, S., Shahmanesh, M., Gafos, M. (2019). *Chemsex* behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*, 63, 74-89.
5. Platteau, T., Pebody, R., Dunbar, N., Lebacqz, T., Collins, B. (2019). The problematic *chemsex* journey: a resource for prevention and harm reduction. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1), 49-54.
6. Platteau, T., Herrijgers, C., de Wit, J. (2020). Digital *chemsex* support and care: The potential of just-in-time adaptive interventions. *Int J Drug Policy*, 85, 102927.
7. Howarth, A. R., Apea, V., Michie, S., Morris, S., Sachikonye, M., Mercer, C. H. *et al.* (2021). The association between use of *chemsex* drugs and HIV clinic attendance among gay and bisexual men living with HIV in London. *HIV Med*, 22(8), 641-649.

accrue du risque⁸. Les personnes peuvent avoir différentes motivations pour s'adonner au *chemsex*. Certaines cherchent à transcender des problèmes liés à l'identité sexuelle, à la solitude, ou au ressenti en contexte sexuel. Certains peuvent également le faire par hédonisme, c'est-à-dire pour la recherche de plaisirs, ce qui peut alors avoir des implications protectrices et entraîner une plus grande recherche et fréquentation des services de soutien et de soins, comparativement à ceux qui pratiquent le *chemsex* pour gérer des problèmes de santé sexuelle⁹.

Plusieurs approches existent pour prévenir et traiter le *chemsex* problématique. Les interventions en milieu hospitalier ou clinique mettent généralement l'accent sur l'abstinence, tandis que les services communautaires visent plutôt la réduction des dommages via des stratégies de gestion des risques liés au VIH et aux IST, aux modalités d'usages des substances et à la sexualité¹⁰. Des interventions multidisciplinaires et adaptées, tenant compte des motivations et des problèmes de santé sous-jacents des personnes pratiquant le *chemsex*, ont été proposées¹¹. Ces interventions mettraient en valeur les réseaux de professionnels de santé et d'intervenants offrant à la fois des services de prévention, de réduction des dommages et de traitements¹². Ce genre d'intervention peut commencer par la proposition

8. O'Halloran, C., Rice, B., White, E., Desai, M., Dunn, D. T., McCormack, S. *et al.* (2019). *Chemsex* is not a barrier to self-reported daily PrEP adherence among PROUD study participants. *Int J Drug Policy*, 74, 246-254 ; Roux, P., Fressard, L., Suzan-Monti, M., Chas, J., Sagaon-Teyssier, L., Capitant, C. *et al.* (2018). 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. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 79(2), e69-e75.
9. 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.
10. Strong, C., Huang, P., Li, C.-W., Ku, S.W.-W., Wu, H.-J., Bourne, A. (2022). HIV, *chemsex*, and the need for harm-reduction interventions to support gay, bisexual, and other men who have sex with men. *The Lancet HIV*, 9(10), e717-e25.
11. Colin, J. (2021). Conception et évaluation d'un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève pour la pratique du *Chemsex*.
12. Bakker, I., Knoops, L. (2018). Towards a continuum of care concerning *chemsex* issues. *Sexual Health*, 15(2), 173-175.

d'outils d'évaluation routinière de la consommation de drogues¹³. Les services de santé sexuelle s'adressant aux GBHSH sont de bons sites pour l'implantation de ces interventions, mais leur intégration doit être bien gérée pour assurer un accès efficace et équitable, optimiser l'expérience des patients et éviter l'épuisement émotionnel des professionnels de santé.

Dans l'unité des Maladies Infectieuses et Tropicales (ci-après, l'Unité) de l'Hôpital Saint-Louis (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), un centre universitaire de maladies infectieuses et de santé sexuelle parisien, nous avons initié une intervention consistant en des consultations de réduction des risques et des dommages (RdRD) pour les GBHSH pratiquant le *chemsex*. Ces consultations sont décrites en détail dans l'article d'Iris Bichard de ce même numéro. Dans les prochaines sections de cet article, nous résumons d'abord les facteurs individuels et environnementaux mettant certains GBHSH particulièrement à risque et décrivons le contexte, l'implantation et les principales approches sexologiques utilisées dans le cadre de cette intervention. Nous détaillerons ensuite une étude¹⁴ conduite pour évaluer la consommation des patients, leurs problèmes de santé sexuelle ou autres problématiques liées au *chemsex*, ainsi que leur point de vue sur les consultations en RdRD en termes de satisfaction et d'utilité perçue.

Facteurs individuels et environnementaux vulnérabilisant les GBHSH au *chemsex*

Certains facteurs vulnérabilisent les GBHSH à des parcours de *chemsex* problématiques.

13. Howarth, A. R., Apea, V., Michie, S., Morris, S., Sachikonye, M., Mercer, C. H. *et al.* (2021). The association between use of *chemsex* drugs and HIV clinic attendance among gay and bisexual men living with HIV in London. *HIV Med*, 22(8), 641-649.

14. Aslan, A., Lessard, D., Lebouché, B., Bichard, I., Loze, B., Laussat, E. *et al.* (2024). Harm reduction and multidisciplinary consultations for gay, bisexual, and other men who have sex with men practising *chemsex* based in a French infectious disease unit: patients' characteristics and perceptions. *Sexual Health*, 21.

Le stress minoritaire

La théorie du stress minoritaire soutient que les minorités sexuelles sont plus susceptibles de vivre des problèmes de santé mentale en raison de la stigmatisation qui est associée à leur orientation sexuelle¹⁵. Une conséquence de ce stress est l'homophobie intériorisée, une forme d'homophobie retournée contre soi et qui peut conduire à se dévaloriser ou dévaloriser et détester les autres personnes homosexuelles, ou à d'autres conséquences délétères au niveau de la santé mentale, incluant la culpabilité, la haine de soi, le mal-être, une mauvaise estime de soi, ou des difficultés d'acceptation des préférences affectives et sexuelles¹⁶. L'inconfort psychosocial associé (par exemple, la peur du rejet ou de la discrimination) peut compliquer la gestion des conflits internes, renforçant d'autant l'intériorisation de l'homophobie. Les personnes peuvent développer de telles dynamiques précocement dans leur vie, ce qui est un facteur de risque notamment pour les comportements addictifs¹⁷.

Les représentations de l'homosexualité

Issues de l'imaginaire social et collectif, deux types de représentations de l'homosexualité peuvent vulnérabiliser les GBHSH. Premièrement, l'homosexualité peut être perçue comme favorisant un risque accru d'exposition au VIH (et aux infections sexuellement transmissibles), et nécessitant intrinsèquement sa prévention

15. Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*, 129(5), 674-697.
16. Sakellariou, P., Combalbert, N., Taillandier-Schmitt, A. (2021). Homophobie intériorisée, homoparentalité et développement de l'enfant : une revue systématique de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(7), 369-379 ; Rodríguez-Expósito, B., Rieker, J. A., Uceda, S., Beltrán-Velasco, A. I., Echeverry-Alzate, V., Gómez-Ortega, M. *et al.* (2024). Psychological characteristics associated with *chemsex* among men who have sex with men: Internalized homophobia, conscientiousness and serostatus as predictive factors. *Int J Clin Health Psychol*, 24(2), 100465.
17. Weeks, S. N., Renshaw, T. L., Vinal, S. A. (2023). Minority Stress as a Multidimensional Predictor of LGB+ Adolescents' Mental Health Outcomes. *J Homosex*, 70(5), 938-962 ; Singh, A., Dandona, A., Sharma, V., Zaidi, S. Z. H. (2023). Minority Stress in Emotion Suppression and Mental Distress Among Sexual and Gender Minorities: A Systematic Review. *Ann Neurosci*, 30(1), 54-69.

ou son traitement. Cette représentation joue un rôle important sur l'anticipation des risques, l'anxiété et la perception de contraintes de prévention à intégrer ou à gérer lors de l'acte sexuel¹⁸.

Ensuite, dans la constitution de l'imaginaire sexuel, l'homosexualité peut aussi être caractérisée par la prééminence du modèle pornographique comme source principale, voire unique, d'information sur les pratiques sexuelles¹⁹. Plusieurs études démontrent une consommation de pornographie et une activité masturbatoire bien plus fréquentes chez les GBHSH que dans la population masculine générale, en particulier chez les moins de 25 ans. Ces comportements sont souvent accompagnés d'autres supports d'excitation comme les webcams et les échanges d'images sexuelles par téléphone. Les premières expériences de consommation de pornographie des GBHSH sont souvent liées à l'isolement et au non-partage d'une « homosensualité » ressentie et non exprimable au sein du milieu social ou familial, compliquant ainsi la gestion de cette sensation et son décodage en mots et symboles par ce milieu, ainsi que son intégration au sein d'une émotionnalité subjective. Ce phénomène est particulièrement porté par l'accessibilité et la gratuité de la pornographie sur internet²⁰. La proportion des 7-12 ans ayant accès à la pornographie augmente²¹ et l'âge moyen de la consultation d'images pornographiques est de 14 ans²². Un âge précoce d'accès à la pornographie (moins de 12 ans) est associé à des besoins accrus de stimulation sexuelle et à une durée supérieure pour atteindre l'orgasme, à une diminution de la satisfaction sexuelle, à une moindre qualité des relations romantiques ou à une négligence de ses responsabilités. L'influence des modèles de la pornographie sur les GBHSH peut mener à son usage problématique, défini comme difficile à contrôler

-
18. Yi, H. *et al.* (2011). Assessing Maladaptive Responses to the Stress of Being at Risk of HIV Infection among HIV-Negative Gay Men in New York City. *The Journal of Sex Research*, 48(1), 62-73.
 19. Ifop, Les gays, les cam et le porn : entre surconsommation et addiction. Paris : Ifop.
 20. Cooper, A. L., Delmonico, D. L., Griffin-Shelley, E., Mathy, R. M. (2004). Online Sexual Activity: An Examination of Potentially Problematic Behaviors. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11(3), 129-143.
 21. Lewczuk, K., Wizła, M., Gola, M. (2023). The Relation of Sexual Attitudes to Hypersexuality and Problematic Pornography Use. *Arch Sex Behav*, 52(1), 411-430.
 22. Dwulit, A. D., Rzymski, P. (2019). Prevalence, Patterns and Self-Perceived Effects of Pornography Consumption in Polish University Students: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 16(10).

(par exemple, consommer de la pornographie lors de « cravings »), associé au ressenti d'émotions ou de pensées négatives (par exemple, une pauvre image corporelle ou estime de soi), ou entraînant des effets délétères sur le contrôle de soi, la qualité de vie ou le fonctionnement social, occupationnel ou relationnel²³, souvent caractérisés par une reproduction des comportements vus dans la pornographie dans les relations sociales ou romantiques²⁴.

L'essor des applications de rencontre géolocalisées

L'utilisation des sites et applications de rencontre et de la « hookup culture » (c'est-à-dire l'utilisation de ces outils à des fins sexuelles) est une pratique majoritaire chez les GBHSH (76 %, contre 37 % chez les hommes hétérosexuels)²⁵. Les applications de rencontre géolocalisées constituent un outil privilégié pour les membres d'une minorité recherchant des pairs proportionnellement peu nombreux dans la population générale, et ce, dans un certain anonymat. Toutefois, leur usage systématique et compulsif conditionne des codes et comportements spécifiques de « marchandisation » ou de morcellement des corps, et peuvent entraîner une sexualité caractérisée par des « passages à l'acte » pulsionnels, laissant l'aspect émotionnel ou affectif de côté. L'addiction à internet²⁶, la peur de rater quelque chose (le *FoMO* : « *fear of missing out* ») définie comme le sentiment anxieux que vos pairs sont en train de faire, sont au courant de, ou sont en

-
23. Coleman, E., Miner, M., Ohlerking, F., Raymond, N. (2001). Compulsive Sexual Behavior Inventory: A preliminary study of reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(4), 325-332 ; McBride, K. R., Reece, M., Sanders, S. A. (2007). Predicting negative outcomes of sexuality using the Compulsive Sexual Behavior Inventory. *International Journal of Sexual Health*, 19(4), 51-62.
 24. Rothman, E. F., Adhia, A. (2015). Adolescent Pornography Use and Dating Violence among a Sample of Primarily Black and Hispanic, Urban-Residing, Underage Youth. *Behav Sci (Basel)*, 6(1).
 25. Ifop (2015). L'essor de la rencontre en ligne et la montée de la culture du « coup d'un soir ». Paris : Ifop.
 26. Aboujaoude, E., Kuss, D. J., Yao, M. Z., Leung, L. W. (2021). Editorial: Online Psychology Beyond Addiction and Gaming: A Global Look at Mental Health and Internet-Related Technologies. *Front Psychol*, 12, 815013 ; 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.

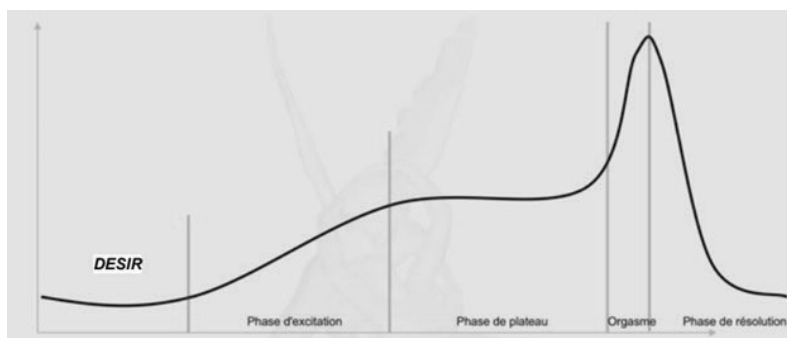
possession de quelque chose de plus ou de meilleur que vous²⁷, et les comportements de « *phubbing* » (c'est-à-dire l'acte d'ignorer, exclure ou snober ses compagnons dans une situation sociale pour se concentrer sur son téléphone)²⁸, contribuent à des problèmes de relations interpersonnelles, de détresse psychologique et de troubles du sommeil et diminuent le sentiment de bien-être. Les applications de rencontre favorisent également l'accès à des drogues récréatives²⁹, et les GBHSH utilisant ces applications ont un taux de consommation de drogues récréatives plus élevé que ceux qui ne les utilisent pas : comparés aux non-utilisateurs, les GBHSH utilisant ces applications ont un taux de consommation plus élevé de 59,3 à 64,6 % de cocaïne, d'ecstasy, de métamphétamine, d'injection de drogue et de « binge drinking » au cours de leur vie³⁰.

L'exigence de performance et de résultats immédiats

Considérant les facteurs décrits ci-dessus, le *chemsex* peut être considéré comme un phénomène social se référant à une nouvelle forme d'usage de substances, associée à des expériences sexuelles induites et maximisées par ces psychotropes, permises par les applications de rencontre géolocalisées, et se déployant dans une conjonction de troubles de santé mentale ou d'usage de substances et de comportements sexuels compulsifs. Ces substances peuvent représenter alors une tentative d'« automédication » pour « lâcher-prise » devant un moment sexuel qui, lorsqu'il se présente, est gouverné par une exigence de performance et de résultats immédiats. La courbe physiologique du rapport sexuel de Masters et Johnson³¹ (voir figure 1) décrit la physiologie du rapport sexuel en cinq étapes : le désir, l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution.

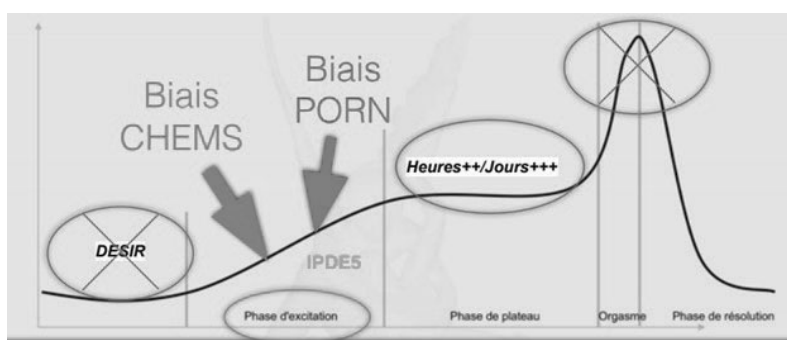
-
27. Baker, Z. G., Krieger, H., LeRoy, A. S. (2016). Fear of missing out: Relationships with depression, mindfulness, and physical symptoms. *Translational Issues in Psychological Science*, 2(3), 275-282.
 28. Chotpitayasunondh, V., Douglas, K. M. (2016). How “phubbing” becomes the norm: The antecedents and consequences of snubbing via smartphone. *Computers in Human Behavior*, 63, 9-18.
 29. Stuart, D. (2016). A *chemsex* crucible: the context and the controversy. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 42(4), 295-296.
 30. 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.
 31. Masters, W. H., Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Co.

Figure 1. Courbe physiologique du rapport sexuel de Masters et Johnson³²



Toutefois, le *chemsex* en vient à renforcer une excitabilité exogène, puisque liée aux drogues consommées, s'exerçant sur une population déjà surexposée aux représentations intériorisées des modèles pornographiques. Ces drogues magnifient les phases d'excitation et de plateau, au détriment d'éléments endogènes d'excitation liée au désir subjectif, de l'orgasme et de la résolution. Elles créent ainsi une nouvelle « physiopathologie » du rapport sexuel, dont une des conséquences fréquentes est l'absence d'érection due à certains produits du *chemsex* et tentée d'être compensée par une automédication par IPDE5 (voir figure 2).

Figure 2. « Physiopathologie » du rapport sexuel en situation de *chemsex* (adapté d'après A. Aslan).



32. *Ibid.*

Dans les situations problématiques, ces phases d'excitation et de plateau peuvent durer des heures, voire plusieurs jours, exposant ainsi à des risques de traumatismes ou de dommages somatiques associés à des activités sexuelles longues ou intenses (par exemple, abrasion pénienne ou fissures anales, etc.) où la consommation de substances peut engendrer des risques d'interactions, de surdosages ou de décompensations psychiatriques, etc.

Approches possibles lors d'une intervention sexologique

En conséquence de ces facteurs de vulnérabilité et selon les besoins et réalités des patients, le sexologue peut travailler différents thèmes et adapter son intervention en vue de cerner les objectifs d'amélioration de qualité de vie sexuelle du patient, en évitant de projeter ses propres objectifs. Ces thèmes incluent :

- 1) Expliquer la physiologie des différentes phases de la relation sexuelle, notamment la différence entre l'excitation et le désir ;
- 2) S'intéresser à l'imaginaire érotique des patients, ainsi qu'à leurs scripts, inhibitions et fausses croyances sexuelles, et discuter des différences avec les modèles pornographiques ;
- 3) Établir de nouveaux modes d'excitation sexuelle et modalités de rencontre de partenaires, de même que de séduction et d'intimité, et discuter de la facilité à aborder les émotions et l'attachement ;
- 4) Recueillir les croyances, perceptions et expériences du patient relatives aux « attendus de la sexualité » telles que les idées reçues sur les tailles de pénis, les rôles sexuels insertif et réceptif, ou les douleurs et inconforts liés à la sexualité ;
- 5) Aborder les enjeux de consentement, sachant qu'environ 30 % des personnes pratiquant le *chemsex* ont été victimes d'une effraction sexuelle précoce³³.

Le médecin sexologue devra également vérifier si le patient présente d'autres comorbidités (par exemple, les troubles bipolaires ou

33. Blanc, J. V., Burdairon, J. D., Malandain, L., Ferreri F., Mouchabac, S., Adrien, V. (2023). Attachment and Mental Health of Men Having Sex with Men Engaging in *Chemsex*: Is Substance Abuse Only the Tip of the Iceberg? *J Homosex*, 1-20.

les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité) dont le diagnostic et la prise en charge sont importants pour le suivi. Le sexologue peut être un acteur privilégié dans l'accompagnement des patients qui ont pris une distance face au *chemsex* pour qu'ils puissent vivre des expériences sexuelles sans la médiation d'applications de rencontre, et où l'acte sexuel n'est pas recherché à tout prix. La prise en charge de dysfonctions sexuelles organiques, comme la dysfonction érectile, l'éjaculation rapide, l'anorgasmie, les douleurs lors des rapports et la dysmorphophobie, sont aussi indiquées, selon les besoins des patients. L'intervention peut aussi inclure la prise en charge sexologique des couples ou des polycules (dans les situations de polyamour ou de pluralité de partenaires), en évaluant si le *chemsex* est pratiqué par un seul partenaire ou par d'autres membres du couple ou polycule, et sa signification pour les partenaires. Finalement, le sexologue peut fournir un accompagnement psycho-sexuel en raison d'un traumatisme ou d'un abus sexuel ancien ou récent révélé au cours des consultations.

Méthodes

En vue de répondre à notre seconde série d'objectifs, nous avons réalisé une étude transversale basée sur une enquête avec les patients de l'Unité participant aux consultations en RdRD³⁴. Cette étude n'a reçu aucun financement spécifique et a été approuvée par le Comité d'Éthique de la Société Française de Maladies Infectieuses (CERMIT N° IRB00011642).

Contexte

L'Unité est un important centre de maladies infectieuses et de santé sexuelle, offrant des soins VIH à plus de 4000 personnes vivant avec le VIH (dont 951 femmes, 51 personnes trans, et plus de 3249 hommes) ainsi que 1950 GBHSH sous PrEP. Des études indiquent que 30 à 50 % des patients suivis dans des unités similaires de maladies

34. Aslan, A., Lessard, D., Lebouché, B., Bichard, I., Loze, B., Laussat, E. *et al.* (2024). Harm reduction and multidisciplinary consultations for gay, bisexual, and other men who have sex with men practising *chemsex* based in a French infectious disease unit: patients' characteristics and perceptions. *Sexual Health*, 21.

infectieuses ou de santé sexuelle pratiquent le *chemsex*. Étant donné que 4248 GBHSH sont suivis à la clinique pour des soins VIH ou pour la PrEP, nous estimons que plus de 1400 patients de l'Unité pourraient pratiquer le *chemsex*. Les patients vivant avec le VIH sont généralement suivis tous les six à douze mois, et ceux sous PrEP, tous les trois mois.

Échantillonnage et collecte de données

De décembre 2021 à janvier 2022, les infirmières ont présenté l'étude à tous les patients de l'Unité participant à des consultations en RdRD, et envoyé un lien anonyme vers un questionnaire en ligne aux patients intéressés à participer. Le questionnaire prenait environ 10 minutes à remplir et incluait 19 questions en français sur : leur consommation de substances (substances consommées, fréquence d'utilisation et type de pratique, impacts perçus), leur utilisation des services de santé (y compris les services d'urgence, l'hospitalisation, les professionnels de santé mentale et les sexologues), et leur perception de l'intervention (intérêt, besoin et utilité perçue ; réduction perçue des risques après les consultations en RdRD ; perception de l'écoute et de la disponibilité des professionnels, et des outils fournis).

Analyses

Nous avons rapporté dans une feuille de tableur les nombres bruts et les pourcentages des différents éléments inclus dans l'enquête. Nous avons utilisé le test coefficient Phi pour évaluer la relation entre la perception de l'utilité des consultations par les patients et le fait d'avoir reçu un suivi dans un autre service de santé que l'Unité.

Résultats

Entre septembre 2019 et décembre 2021, 172 patients de l'Unité ont assisté à des consultations en RdRD et ont reçu le lien vers le questionnaire en ligne. Ces patients ont participé à un total de 633 consultations, et plus des trois quarts de ces patients (132/172, 77 %) ont assisté à au moins deux consultations (le nombre moyen de consultations par patient était de 4). Plus des trois quarts ne recevaient plus de consultation après deux ans (107/172, 81 %), et un total de 96/172

patients ont complété le questionnaire (taux de réponse de 55,2 %). Leur âge moyen était de 41 ans.

La consommation des participants, les problèmes de santé sexuelle et les soins de santé liés au *chemsex*

Le tableau 1 présente les substances consommées par les participants et leur fréquence de consommation dans les six derniers mois. Presque tous les participants ont déjà consommé de la 3MMC (92/96 ; 95,8 %), deux tiers ont utilisé du GHB (n=63 ; 65,6 %), presque un cinquième, de la cocaïne (18/96 ; 18,8 %) et quelques-uns, du crystal meth (n=12 ; 12,50 %). Au cours des six derniers mois, plus de la moitié ont consommé des substances au moins une fois par semaine (50/96 ; 52 %). Environ un tiers (33/96 ; 34,4 %) ont signalé au moins un événement de slam et, parmi ceux-ci, plus de la moitié (18/33, 54,54 %) ont rapporté une fréquence de plus d'une fois par mois.

Le tableau 2 présente les problèmes de santé sexuelle préexistants au *chemsex* rapportés par les participants, les domaines de vie rapportés comme négativement impactés par le *chemsex*, les services médicaux fréquentés pour des raisons liées au *chemsex* avant d'assister aux consultations en RdRD, le mode de référencement vers les consultations, ainsi que la perception des participants de l'importance et du besoin de ces consultations.

Plus de la moitié des participants (58/96 ; 60,42 %) ont signalé présenter au moins un problème de santé sexuelle avant d'initier la pratique du *chemsex*. Près de la moitié (39/96, 40,6 %) ont mentionné une addiction sexuelle, un tiers (n=31/96, 32,3 %) la dysfonction érectile, environ un cinquième (17/96 ; 17,70 %) des troubles de l'éjaculation, et quelques-uns une anhédonie (10/96 ; 10,42 %).

Moins d'un cinquième (16/96, 16,7 %) ont déclaré n'avoir subi aucun impact négatif de leur pratique de *chemsex*, et plus de la moitié des participants ont signalé un impact négatif de leur consommation sur un des domaines suivants mentionnés : sur la famille ou les amis (60/96, 62,5 %), la vie professionnelle (56/96, 58,3 %), la vie intime (53/96 ; 55,21 %) et la vie sexuelle (52/96 ; 54,17 %).

Plus des deux tiers des participants (n=57 ; 69,38 %) avaient reçu l'aide d'au moins un service de santé spécialisé avant d'assister aux consultations dans l'unité : environ un tiers des participants avaient bénéficié d'un suivi en addictologie (28/96, 29,2 %) ou avec

un psychothérapeute (32/96, 33,3 %), ou avaient déjà été traités par des médicaments psychoactifs (34/96, 35,4 %), et environ un quart des participants (24/96, 25,0 %) avaient eu recours aux services d'urgence en relation avec leur pratique du *chemsex*.

Presque les deux tiers des participants avaient demandé eux-mêmes à bénéficier des consultations (60/96 ; 62,5 %). Près de la moitié (45/96, 46,9 %) considéraient l'intervention comme nécessaire ou très nécessaire, et une majorité (83/96, 86,5 %) la considéraient comme importante ou très importante pour eux.

Satisfaction avec l'intervention

Le tableau 3 présente les résultats concernant l'utilité perçue des consultations en RdRD par les participants, la réduction des risques auto-déclarée, et la satisfaction avec différents éléments de l'intervention. Une majorité des participants étaient satisfaits ou très satisfaits de l'écoute des professionnels lors des consultations (90/96 ; 93,8 %), des plans d'action ou des outils fournis par les professionnels lors des consultations (71/96 ; 74 %), et de la disponibilité des professionnels (88/96 ; 91,7 %). Plus de trois quarts des participants ont trouvé l'intervention utile ou très utile (n=74 ; 77,1 %).

Presque trois quarts des participants ont déclaré que leurs risques perçus d'exposition aux pratiques de *chemsex* avaient diminué au moins partiellement après les consultations (80/96 ; 83,3 %), et une majorité les recommanderait certainement à un ami ou à un proche dans une situation similaire (81/96 ; 84,4 %). Presque la moitié des participants (40/96, 41,7 %) ont cessé les consultations parce qu'ils estimaient que leur objectif avait été atteint et environ un cinquième ont été orientés vers d'autres ressources (16/96, 16,7 %). Plus d'un cinquième ont été perdus de vue (31/96, 32,3 %).

Le tableau 4 présente les résultats du test du coefficient Phi évaluant la relation entre la perception de l'utilité des consultations et le fait d'avoir reçu un suivi dans un service spécialisé autre qu'à l'Unité. Le coefficient Phi était de 0.053617, ce qui indique une relation très faible entre ces deux variables.

Discussion

Nous avons présenté, dans cet article, certains facteurs clés vulnérabilisant les GBHSH à la pratique problématique du *chemsex*, les approches sexologiques privilégiées, et les résultats d'une étude transversale d'une intervention basée dans un grand centre de santé sexuelle parisien. L'implantation de cette intervention inclusive et multidisciplinaire a inclus la sensibilisation et la formation du personnel clinique à identifier et à dépister les personnes pratiquant le *chemsex*. Ils étaient ensuite formés à fournir des consultations en RdRD impliquant une éducation thérapeutique et des entretiens motivationnels pour établir avec les patients des objectifs personnalisés et des plans d'action réalistes, et à orienter les patients vers d'autres spécialistes lorsque nécessaire.

Les facteurs de vulnérabilité aux parcours problématiques de *chemsex* rencontrés par les GBHSH sont nombreux et complexes, et pré-datent souvent l'initiation de la consommation de substances, menant à des risques accrus de comportement addictif. Le *chemsex* peut devenir un moyen risqué et inefficace d'automédication ou de gestion des problèmes sexologiques, psychologiques ou psychiatriques. Les risques pour les personnes pratiquant le *chemsex* sont d'autant plus importants que les ressources et les centres de soutien sont rares. L'entretien motivationnel et l'éducation thérapeutique sont considérés comme les points de départ des interventions préventives ou thérapeutiques relatives au *chemsex*³⁵, en particulier lorsqu'implantés en lien avec d'autres ressources psychosociales et multidisciplinaires³⁶. Ces approches fondées sur le partenariat entre soignants et patients, le non-jugement, le fait de laisser aux patients l'espace pour s'exprimer, et l'altruisme, permettent d'explorer l'expérience du *chemsex* telle qu'elle est vécue par les patients et d'établir des modes de résolution liées à leurs motivations et leur capacité de changement, à ce moment.

-
35. Rosenberger, C., Gertzen, M., Strasburger, M., Schwarz, J., Gernun, S., Rabenstein, A. *et al.* (2021). We Have a Lot to Do: Lack of Sexual Protection and Information-Results of the German-Language Online Survey "Let's Talk About Chemsex". *Front Psychiatry*, 12, 690242.
 36. Ma, R., Perera, S. (2016). Safer 'chemsex': GPs' role in harm reduction for emerging forms of recreational drug use. *British Journal of General Practice*, p. 4-5.

Nos résultats révèlent un besoin chez les patients GBHSH de l'Unité pour des interventions sexologiques, addictologiques, psychologiques et psychiatriques préventives, diagnostiques et thérapeutiques, qui pourraient réduire l'incidence de la pratique du *chemsex* en tant que tentative d'automédication. De plus, les acteurs des consultations en RdRD pouvaient faire appel à des services déjà fournis dans l'Unité, incluant le dépistage des IST, la vaccination, la prophylaxie pré- et post-exposition au VIH, la consultation en proctologie et certains services de psychothérapie, sexologie, psychiatrie et addictologie. Le fait que l'Unité abrite une équipe multidisciplinaire joue probablement un rôle différenciant positif pour la perception de l'utilité des consultations en RdRD, même chez les patients recevant déjà un suivi spécialisé ailleurs. Initier des consultations en RdRD dans un centre hospitalier universitaire comme l'Unité a permis de mobiliser des ressources spécialisées complémentaires et ainsi répondre à des besoins émergents et importants des patients, liés aux facteurs de vulnérabilité (à l'origine, pour les patients, de la pratique du *chemsex*) et/ou aux problèmes découlant du *chemsex*. La fréquence de consommation et les substances utilisées par les participants montrent la diversité des pratiques de *chemsex* dans l'échantillon. La proportion de participants qui avait déjà pratiqué le slam était plus élevée dans cette étude que dans d'autres études similaires³⁷, et une majorité a signalé des impacts négatifs du *chemsex* sur un domaine de leur vie. Cela révèle les besoins criants de cette population pour une telle intervention, et aussi un biais potentiel de sélection vers des patients plus avancés dans leur parcours de consommation et qui rencontraient des complications.

L'approche multidisciplinaire et intégrée de l'intervention, impliquant l'ensemble de l'équipe clinique et de plusieurs spécialités complémentaires, a optimisé sa flexibilité et son équité d'accès aux soins. Plusieurs professionnels ont été formés pour mener des consultations, améliorant ainsi l'accès et réduisant les risques d'épuisement émotionnel des professionnels. Environ les deux tiers des participants ont signalé un problème de santé sexuelle avant d'initier la pratique du *chemsex*, et plusieurs ont signalé avoir bénéficié d'un suivi en psychiatrie. Un quart des participants avaient fréquenté les services

37. Amundsen, E., Muller, A. E., Reiherth, E., Skogen, V., Berg, R. C. (2023). *Chemsex Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Scoping Review of Research Methods. J Homosex*, 1-27.

d'urgence en relation avec leur pratique de *chemsex*, un phénomène croissant indiquant des comportements dangereux³⁸.

Les patients de l'Unité pouvaient accéder facilement aux consultations en RdRD, en le demandant ou après une évaluation par leurs professionnels de santé référents. Cet accès facilité est un important facteur de succès pour l'intervention. En effet, le parcours des personnes pratiquant le *chemsex* inclut des transitions entre des moments d'opportunité, où les patients sont les plus susceptibles de changer de comportement en matière de santé, et des moments de vulnérabilité, où ils sont susceptibles de connaître des résultats de santé négatifs³⁹. Comme les transitions peuvent se produire rapidement, les interventions concernant les pratiques de *chemsex* doivent être facilement et rapidement accessibles lorsque les personnes le souhaitent, et les soignants doivent être prêts à s'adapter aux besoins, préférences, problèmes et modes de vie des personnes⁴⁰. Les patients sont plus susceptibles d'accepter et d'adhérer à une intervention fournie dans un centre où ils reçoivent déjà des soins⁴¹. Il est important de noter que presque les deux tiers de notre échantillon ont demandé l'intervention par eux-mêmes, ce qui est important pour son acceptabilité et son adoption par les patients. D'autres études ont montré l'importance de maintenir un équilibre entre un accès facile et le besoin d'éviter la surexposition des personnes pratiquant le *chemsex* aux interventions

-
38. Donnadieu-Rigole, H., Peyrière, H., Benyamina, A., Karila, L. (2020). Complications Related to Sexualized Drug Use: What Can We Learn From Literature? *Front Neurosci*, 14, 548704 ; Vallecillo, G., Losada, A., Inciarte, A., Jiwei, C., Monterde, A., Salgado, E. *et al.* (2022). Increasing emergency department admissions for *chemsex*-related intoxications in Barcelona, Spain, among people living with HIV: an observational study from 2018 to 2020. *BMC Public Health*, 22(1), 346.
 39. Nahum-Shani, I., Smith, S. N., Spring, B. J., Collins, L. M., Witkiewitz, K., Tewari, A. *et al.* (2017). Just-in-Time Adaptive Interventions (JITAs) in Mobile Health: Key Components and Design Principles for Ongoing Health Behavior Support. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(6), 446-462.
 40. Platteau, T., Herrijgers, C., de Wit, J. (2020). Digital *chemsex* support and care: The potential of just-in-time adaptive interventions. *Int J Drug Policy*, 85, 102927.
 41. Hegazi, A., Lee, M. J., Whittaker, W., Green, S., Simms, R., Cutts, R. *et al.* (2017). *Chemsex* and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J STD AIDS*, 28(4), 362-366.

sur le *chemsex* lorsqu'elles ne le veulent pas ou ne les recherchent pas⁴². En effet, une telle surexposition peut être stigmatisante ou entraîner une résistance aux interventions. Le fait que la majorité des participants sont susceptibles de recommander l'intervention à d'autres est une découverte importante et révèle une possibilité de collaborer avec des organisations communautaires dans l'intervention, étant donné l'importance des pairs dans les interventions sur le *chemsex*.

Cette étude documente la perspective des patients, un élément important de l'évaluation d'interventions en RdRD validant l'adaptabilité des interventions aux contextes et besoins des patients, qui sont souvent variables. Ainsi, cette étude confirme que les consultations en RdRD de l'Unité sont centrées sur les patients, c'est-à-dire respectueuses et attentives à leurs préférences, besoins et valeurs. De plus, nos résultats montrent une grande satisfaction des patients à l'égard des consultations. La plupart des participants ont assisté à plus d'une consultation, ont trouvé l'intervention utile, étaient satisfaits des outils ou des plans d'action fournis, et ont signalé une certaine réduction de leurs risques.

Cette étude présente certaines limitations. Nous estimons qu'environ 1400 patients de l'Unité pratique le *chemsex*, et 172 d'entre eux avaient reçu un total de 633 consultations en RdRD en décembre 2021. Ces consultations ont été implantées en septembre 2019, et les patients ont été progressivement inclus au fur et à mesure de leur suivi régulier en service de maladies infectieuses, qui a lieu tous les trois mois (PrEP), tous les six à douze mois (VIH), ou de manière irrégulière (par exemple, les dépistages des IST). Par ailleurs, l'inclusion dans les consultations en RdRD dépendait de l'acceptation et de la volonté de ces soins par les patients. Ces résultats portent donc sur une première phase d'implantation auprès de « premiers adoptants ». Nous nous attendons à une croissance du nombre de patients participant aux consultations. De plus, une partie substantielle des données a été collectée pendant la pandémie de Covid-19 et ses mesures associées de prévention et de confinement, ce qui a accru les risques associés au *chemsex*, en particulier les troubles de santé mentale (par exemple, la solitude, la perte de sens de la vie), et réduit

42. Nahum-Shani, I., Smith, S. N., Spring, B. J., Collins, L. M., Witkiewitz, K., Tewari, A. *et al.* (2017). Just-in-Time Adaptive Interventions (JITAI) in Mobile Health: Key Components and Design Principles for Ongoing Health Behavior Support. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(6), 446-462.

l'accès aux soins de santé⁴³. Cela peut expliquer en partie pourquoi la majorité des participants ont exprimé un besoin pour l'intervention. Les données ont été collectées de manière rétrospective et étaient autorapportées. Les résultats peuvent donc être affectés par la perte de mémoire, la désirabilité sociale (c'est-à-dire la tendance des individus à donner des réponses socialement acceptables), ou un biais d'échantillonnage privilégiant les patients qui ont eu une expérience positive des consultations. Enfin, sans donnée précise sur les pratiques de *chemsex* dans la population globale des patients de l'Unité, il est difficile de déterminer si ces résultats sont représentatifs de la population. Néanmoins, plus de la moitié (96/172, 56 %) des patients ayant assisté aux consultations ont participé à l'enquête.

Conclusion

Le *chemsex* est un phénomène en augmentation pouvant avoir des conséquences désastreuses pour la santé sexuelle des individus qui le pratiquent. Les facteurs de vulnérabilité des GBHSH révèlent que « tout se passe comme si » une population était particulièrement exposée à des risques de développer des troubles d'usages liés à ces pratiques, avec des implications particulières dans le contexte du *chemsex*. Ce phénomène est singulier étant donné la solitude ressentie par les personnes qui en sont affectées, dans une culture spécifique marquée par la recherche d'une grande excitation et le culte de la performance sexuelle. Le *chemsex* peut être parfois vécu comme une tentative d'automédication d'un trouble sexuel pour lequel l'individu ne trouve pas de solution ou qu'il n'aborde pas avec un professionnel de santé. Les conséquences psycho-sexuelles du *chemsex* peuvent toutefois être sévères. Devant ce constat, l'accompagnement dans les parcours problématiques associés au *chemsex* requiert notamment un sexologue formé et informé sur ces enjeux. Il est important que les interventions de prévention, diagnostiques ou thérapeutiques s'inscrivent dans un parcours de soins en santé sexuelle globale et multidisciplinaire pour ces populations vulnérables, incluant des professionnels de la réduction des risques et des dommages, ainsi que

43. L'Yavanc, T., Gosset, D., Platey, M., Jedrzejewski, T., Gazalet, P., Lasry, S. *et al.* (2023). Is there a reduction in *chemsex* practice in men who have sex with men during Covid-19 lockdown? Results of the CheRRLock study. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 92(5), 378-384.

des soignants sexologues, psychiatres, addictologues, psychothérapeutes, infectiologues, et thérapeutes de couple, entre autres.

Des interventions de réduction des dommages adaptées aux personnes pratiquant le *chemsex* devraient être fournies par des professionnels de la santé sexuelle sensibilisés, formés et organisés pour réduire les obstacles et augmenter la simplicité et la rapidité d'accès aux soins pour les patients, afin de garantir que les patients bénéficient d'interactions avec des professionnels de confiance le plus facilement possible. Ces interventions peuvent s'implanter dans les services de santé déjà fréquentés par les populations à risque, en particulier les services de santé sexuelle ou d'infectiologie pour les GBHSH. Ces services devraient être prêts à s'adapter aux besoins et aux préférences des patients.

C'est ce parcours de soins en santé sexuelle mis en place à l'Hôpital Saint-Louis pour cette population que nous avons présenté dans cet article. Il démontre la nécessité de s'organiser pour proposer des soins facilement accessibles et proches de ces populations afin de permettre une prise en soin plus précoce et satisfaisante des problématiques rencontrées. Nos résultats montrent que les utilisateurs ont cherché des soins pour des problèmes de santé spécifiques associés à la consommation de substances, et ils étaient satisfaits de l'intervention. Il nous semble important, dans ce contexte, de promouvoir la formation, la recherche, les échanges et l'établissement de réseaux de soins transverses en santé sexuelle.

Remerciements

Nous tenons à remercier les patients, ainsi que le personnel clinique et les professionnels de santé de l'Unité des maladies infectieuses de l'Hôpital Saint-Louis.

Déclaration de conflit d'intérêts

B. Lebouché a reçu un soutien à la recherche et des honoraires de consultation de la part de ViiV Healthcare, Merck et Gilead, et bénéficie de deux subventions de carrière : une bourse salariale senior du FRQS (#311200) et le LE 250 du ministère de la Santé du Québec

pour les chercheurs en médecine familiale. Les sources de financement n'ont joué aucun rôle dans la conception de cette étude et n'ont pas été impliquées dans l'interprétation des résultats ou la décision de les soumettre pour publication.

Déclaration de disponibilité des données

Les données qui soutiennent cette étude seront partagées sur demande raisonnable auprès de l'auteur correspondant.

Bibliographie

- Aboujaoude, E., Kuss, D. J., Yao, M. Z., Leung, L. W. (2021). Editorial: Online Psychology Beyond Addiction and Gaming: A Global Look at Mental Health and Internet-Related Technologies. *Front Psychol*, 12, 815013.
- Amundsen, E., Muller, A. E., Reiherth, E., Skogen, V., Berg, R. C. (2023). *Chemsex* Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Scoping Review of Research Methods. *J Homosex*, 1-27.
- Aslan, A., Lessard, D., Lebouché, B., Bichard, I., Loze, B., Laussat, E. *et al.* (2024). Harm reduction and multidisciplinary consultations for gay, bisexual, and other men who have sex with men practising *chemsex* based in a French infectious disease unit: patients' characteristics and perceptions. *Sex Health*, 21.
- Baker, Z. G., Krieger, H., LeRoy, A. S. (2016). Fear of missing out: Relationships with depression, mindfulness, and physical symptoms. *Translational Issues in Psychological Science*, 2(3), 275-282.
- Bakker, I., Knoop, L. (2018). Towards a continuum of care concerning *chemsex* issues. *Sexual Health*, 15(2), 173-175.
- Blanc, J. V., Burdairon, J. D., Malandain, L., Ferreri, F., Mouchabac, S., Adrien, V. (2023). Attachment and Mental Health of Men Having Sex with Men Engaging in *Chemsex*: Is Substance Abuse Only the Tip of the Iceberg? *J Homosex*, 1-20.
- Chotpitayasunondh, V., Douglas, K. M. (2016). How "phubbing" becomes the norm: The antecedents and consequences of snubbing via smartphone. *Computers in Human Behavior*, 63, 9-18.
- Coleman, E., Miner, M., Ohlerking, F., Raymond, N. (2001). Compulsive Sexual Behavior Inventory: A preliminary study of reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(4), 325-332.
- Colin, J. (2021). Conception et évaluation d'un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève pour la pratique du *Chemsex*.
- Cooper, A. L., Delmonico, D. L., Griffin-Shelley, E., Mathy, R. M. (2004). Online Sexual Activity: An Examination of Potentially Problematic Behaviors. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11(3), 129-143.

- Donnadieu-Rigole, H., Peyrière, H., Benyamina, A., Karila, L. (2020). Complications Related to Sexualized Drug Use: What Can We Learn From Literature? *Front Neurosci*, 14, 548704.
- Drevin, G., Rossi, L.-H., Férec, S., Briet, M., Abbara, C. (2021). *Chemsex/slamsex*-related intoxications: A case report involving gamma-hydroxybutyrate (GHB) and 3-methylmethcathinone (3-MMC) and a review of the literature. *Forensic Science International*, 321, 110743.
- Dwulit, A. D., Rzymiski, P (2019). Prevalence, Patterns and Self-Perceived Effects of Pornography Consumption in Polish University Students: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 16(10).
- Giorgetti, R., Tagliabracci, A., Schifano, F., Zaami, S., Marinelli, E., Busardò, F. P. (2017). When “Chems” Meet Sex: A Rising Phenomenon Called “Chemsex”. *Current Neuropsychopharmacology*, 15(5), 762-770.
- Hegazi, A., Lee, M. J., Whittaker, W., Green, S., Simms, R., Cutts, R. *et al.* (2017). *Chemsex* and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J STD AIDS*, 28(4), 362-366.
- Howarth, A. R., Apea, V., Michie, S., Morris, S., Sachikonye, M., Mercer, C. H. *et al.* (2021). The association between use of *chemsex* drugs and HIV clinic attendance among gay and bisexual men living with HIV in London. *HIV Med*, 22(8), 641-649.
- Ifop (2019). Les gays, les cam et le porn: Entre surconsommation et addiction. Paris : Ifop.
- Ifop (2015). L'essor de la rencontre en ligne et la montée de la culture du « coup d'un soir ». Paris : Ifop.
- L'Yavanc, T., Gosset, D., Platey, M., Jedrzejewski, T., Gazalet, P., Lasry, S. *et al.* (2023). Is there a reduction in *chemsex* practice in men who have sex with men during Covid-19 lockdown? Results of the CheRRLock study. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 92(5), 378-384.
- Lewczuk, K., Wizła, M., Gola, M. (2023). The Relation of Sexual Attitudes to Hypersexuality and Problematic Pornography Use. *Arch Sex Behav*, 52(1), 411-430.
- Ma, R., Perera, S. (2016). Safer '*chemsex*': GPs' role in harm reduction for emerging forms of recreational drug use. *British Journal of General Practice*, p. 4-5.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Co.
- Maxwell, S., Shahmanesh, M., Gafos, M. (2019). *Chemsex* behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*, 63, 74-89.
- McBride, K. R., Reece, M., Sanders, S. A. (2007). Predicting negative outcomes of sexuality using the Compulsive Sexual Behavior Inventory. *International Journal of Sexual Health*, 19(4), 51-62.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*, 129(5), 674-697.
- Nahum-Shani, I., Smith, S. N., Spring, B. J., Collins, L. M., Witkiewitz, K., Tewari, A. *et al.* (2017). Just-in-Time Adaptive Interventions (JITAIs) in Mobile Health:

- Key Components and Design Principles for Ongoing Health Behavior Support. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(6), 446-462.
- 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.
- O'Halloran, C., Rice, B., White, E., Desai, M., Dunn, D. T., McCormack, S. *et al.* (2019). *Chemsex* is not a barrier to self-reported daily PrEP adherence among PROUD study participants. *Int J Drug Policy*, 74, 246-254.
- Platteau, T., Pebody, R., Dunbar, N., Lebacqz, T., Collins, B. (2019). The problematic *chemsex* journey: a resource for prevention and harm reduction. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1), 49-54.
- Platteau, T., Herrijgers, C., de Wit, J. (2020). Digital *chemsex* support and care: The potential of just-in-time adaptive interventions. *Int J Drug Policy*, 85, 102927.
- Rodríguez-Expósito, B., Rieker, J. A., Uceda, S., Beltrán-Velasco, A. I., Echeverry-Alzate, V., Gómez-Ortega, M. *et al.* (2024). Psychological characteristics associated with *chemsex* among men who have sex with men: Internalized homophobia, conscientiousness and serostatus as predictive factors. *Int J Clin Health Psychol*, 24(2), 100465.
- Rosenberger, C., Gertzen, M., Strasburger, M., Schwarz, J., Gernun, S., Rabenstein, A. *et al.* (2021). We Have a Lot to Do: Lack of Sexual Protection and Information-Results of the German-Language Online Survey "Let's Talk About *Chemsex*". *Front Psychiatry*, 12, 690242.
- Rothman, E. F., Adhia, A. (2015). Adolescent Pornography Use and Dating Violence among a Sample of Primarily Black and Hispanic, Urban-Residing, Underage Youth. *Behav Sci (Basel)*, 6(1).
- Roux, P., Fressard, L., Suzan-Monti, M., Chas, J., Sagaon-Teyssier, L., Capitant, C. *et al.* (2018). 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. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 79(2), e69-e75.
- Sakellariou, P., Combalbert, N., Taillandier-Schmitt, A. (2021). Homophobie intériorisée, homoparentalité et développement de l'enfant : une revue systématique de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 69(7), 369-379.
- Singh, A., Dandona, A., Sharma, V., Zaidi, S. Z. H. (2023). Minority Stress in Emotion Suppression and Mental Distress Among Sexual and Gender Minorities: A Systematic Review. *Ann Neurosci*, 30(1), 54-69.
- Strong, C., Huang, P., Li, C.-W., Ku, S.W.-W., Wu, H.-J., Bourne, A. (2022). HIV, *chemsex*, and the need for harm-reduction interventions to support gay, bisexual, and other men who have sex with men. *The Lancet HIV*, 9(10), e717-e25.
- Stuart, D. (2016). A *chemsex* crucible: the context and the controversy. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 42(4), 295-296.
- Tangerli, M. M., Godynyuk, E. A., Gatica-Bahamonde, G., Neicun, J., Van Kessel, R., Roman-Urrestarazu, A. (2022). Healthcare experiences and barriers for Men Who Have Sex with Men – MSM – who engage in *chemsex*. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*, 2.

- Vallecillo, G., Losada, A., Inciarte, A., Jiwei, C., Monterde, A., Salgado, E. *et al.* (2022). Increasing emergency department admissions for *chemsex*-related intoxications in Barcelona, Spain, among people living with HIV: an observational study from 2018 to 2020. *BMC Public Health*, 22(1), 346.
- 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.
- Weeks, S. N., Renshaw, T. L., Vinal, S. A. (2023). Minority Stress as a Multidimensional Predictor of LGB+ Adolescents' Mental Health Outcomes. *J Homosex*, 70(5), 938-962.
- Yi, H. *et al.* (2011). Assessing Maladaptive Responses to the Stress of Being at Risk of HIV Infection among HIV-Negative Gay Men in New York City. *The Journal of Sex Research*, 48(1), 62-73.

Tableau 1. Fréquences de la pratique du *chemsex* et d'utilisation de drogues rapportées par les participants (N=96)

	n	%
Fréquence d'utilisation de drogues dans les derniers six mois		
Moins d'une fois en six mois	1	1,04%
Une fois tous les deux ou trois mois	5	5,21%
Deux ou trois fois par mois	30	31,25%
Une fois par mois	10	10,42%
Une fois par semaine	20	20,83%
Plusieurs fois par semaine	27	28,13%
Tous les jours	3	3,13%
Fréquence de la pratique du chemsex par Slam dans les derniers six mois		
Une fois en six mois	3	3,13%
Une fois tous les deux à trois mois	4	4,17%
Une fois par semaine	4	4,17 %
Deux à trois fois par mois	12	12,50%
Une fois par mois	8	8,33%
Plusieurs fois par semaine	2	2,08%
Aucun Slam dans les derniers six mois	63	65,63%
Drogues déjà utilisées durant la pratique du chemsex		
GHB (gamma-hydroxybutyrate)	63	65,63%
Crystal Meth	12	12,50%
3MMC (3-Méthyléthcathinone)	92	95,83%
Alpha-PVP/PHP (alpha-pyrrolidinovalerophenone)	4	4,17%

Méphédronne	2	2,08%
Kétamine	9	9,38%
Cocaïne	18	18,75%
Ecstasy (méthylènedioxy, méthamphétamine)	5	5,21%
THC (tétrahydrocannabinol)	1	1,04%

Tableau 2. Domaines de la vie négativement impactés par le *chemsex*, problèmes de santé sexuelle existant avant l'initiation du *chemsex*, services médicaux consultés ou suivis reçus pour des raisons liées au *chemsex* avant l'initiation des consultations en RdRD, références aux consultations et besoin et importance des consultations, selon les participants (N=96)

		n		%
Impacts négatifs du chemsex rapportés par les participants				
Vie professionnelle		56		58,33 %
Famille et amitiés		60		62,50 %
Relations intimes		53		55,21 %
Vie sexuelle		52		54,17 %
Aucun impact négatif		16		16,67 %
Problèmes de santé sexuelle existants avant l'initiation du chemsex pour les participants				
Dysfonction érectile		31		32,29 %
Troubles de l'éjaculation		17		17,70 %
Manque de plaisir		10		10,42 %
Addiction sexuelle		39		40,62 %
Perception que le pénis est trop petit		7		7,29 %
Douleur (par exemple, irritation ou inflammation du pénis ou des testicules, hypersensibilité anale)		9		9,38 %
Aucun problème de santé sexuelle		38		39,58 %
Services médicaux consultés ou suivis reçus rapportés par les participants				
Services d'urgence		24		25,00 %
Hospitalisation (en psychiatrie ou addictologie)		13		13,54 %
Diagnostic psychiatrique par un professionnel		13		13,54 %
Suivi psychiatrique		21		21,88 %
Prise d'un traitement psychoactif		34		35,42 %
Suivi psychothérapeutique		32		33,33 %
Suivi addictologique		28		29,17 %
Aucun suivi		39		41,67 %

Personne qui a demandé la consultation pour le participant			
Participant a demandé de lui-même	60		62,50 %
Un professionnel de santé l'a demandé ou l'a proposé au participant	34		35,42 %
Autre	2		2,08 %
Auto-évaluation du besoin du participant de l'intervention			
Très grand besoin	12		12,50 %
Besoin	33		34,38 %
Moyennement besoin	32		33,33 %
Aucun besoin	19		19,79 %
Auto-évaluation de l'importance des consultations en RdRD pour les participants			
Vraiment importantes	39		40,63 %
Importantes	44		45,83 %
Peu importantes	9		9,38 %
Pas importantes du tout	4		4,17 %

Tableau 3. Utilité des consultations en RdRD et réduction du risque perçues, et satisfaction des participants (N=96)

	n	%
Utilité perçue des consultations en RdRD		
Pas utiles du tout	6	6,25 %
Pas utiles	16	16,67 %
Utiles	43	44,79 %
Très utiles	31	32,29 %
Réduction du risque perçue par les participants		
Risque réduit complètement	20	20,83 %
Risque réduit partiellement	60	62,50 %
Aucune réduction du risque	16	16,67 %
Satisfaction de l'écoute du professionnel		
Insatisfait	4	4,17 %
Un peu satisfait	2	2,08 %
Satisfait	22	22,92 %
Très satisfait	68	70,83 %
Satisfaction avec le plan d'actions ou les outils fournis par le professionnel		
Insatisfait	3	3,13 %

	n	%
Un peu satisfait	22	22,92 %
Satisfait	54	56,25 %
Très satisfait	17	17,71 %
Satisfaction avec la disponibilité des professionnels		
Insatisfait	2	2,08 %
Un peu satisfait	6	6,25 %
Satisfait	32	33,33 %
Très satisfait	56	58,33 %
Probabilité de recommandation à un ami ou un pair dans la même situation		
Recommanderait certainement les consultations	81	84,38 %
Recommanderait peut-être les consultations	10	10,42 %
Ne recommanderait probablement pas les consultations	4	4,17 %
Ne recommanderait sûrement pas les consultations	1	1,04 %
Raisons pour arrêter les consultations en RdRD		
Changement de résidence ou déménagement	3	3,13 %
Présence à une seule consultation	6	6,25 %
Perdu de vue	31	32,29 %
Référence vers une autre ressource	16	16,70 %
Objectif atteint	40	41,70 %

Tableau 4. Relation entre l'utilité perçue des consultations en RdRD et le fait d'avoir reçu un suivi spécialisé ailleurs que dans l'Unité (N=96)

	Utilité perçue		Total n(%)	Phi coeffi- cient (Φ)
	Utile ou très utile n(%)	Peu utile ou pas utile du tout n(%)		
Suivi spécialisé rapporté dans un autre centre	45(78.9)	12(21.1)	57(100)	0.053617
Aucun autre suivi spécialisé rapporté dans un autre centre	29(74.4)	10(25.6)	39(100)	

Évaluation de la santé sexuelle
des hommes ayant
des relations sexuelles
avec d'autres hommes,
suivis en consultations
d'addictologie à Montpellier,
pour un usage du *chemsex*

Assessing the sexual health
of men who have sex with men,
attending addictology consultations
in Montpellier for chemsex use

Hélène Donnadieu

Service d'addictologie du CHU de Montpellier
Centre de santé sexuelle d'approche communautaire de AIDES,
Montpellier (Le SPOT)

Pathogenesis and Control of Chronic & Emerging Infections, Université
de Montpellier, INSERM, Établissement Français du Sang, Université des
Antilles-Guyane, 60 Rue de Navacelles, 34394 Montpellier, France
h-donnadieu@chu-montpellier.fr

Marion Ambrosino

Service d'addictologie du CHU de Montpellier

Résumé : *Le chemsex désigne la consommation de substances psychoactives afin d'initier, faciliter, prolonger ou améliorer les rapports sexuels. La pratique concerne préférentiellement les*

hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). En France, ces substances sont principalement représentées par les cathinones de synthèse et le gamma-hydroxybutyrate (GHB). La visibilité de la pratique s'est largement accrue et diffusée sur le territoire au cours des dix dernières années, portée par internet et l'avènement des applications de rencontres géolocalisées. De nombreuses complications sont associées à cette pratique et sont largement décrites mais la santé sexuelle est peu abordée. Par conséquent, nous nous questionnons sur l'impact du chemsex sur la qualité de vie et la satisfaction sexuelle des usagers. Méthode. Étude observationnelle. Lors des consultations, le questionnaire MSHQ a été proposé aux usagers consultant pour un usage de chemsex. Les données socio-démographiques et les modalités de la pratique étaient également recueillies. Résultats. 22 participants interrogés, d'âge médian 36 ans. Les médianes des scores révèlent l'existence de perturbations érectiles et surtout éjaculatoires avec des scores médians s'élevant respectivement à 13/15 et 28/35. Les scores de gêne érectile et éjaculatoire vont également dans ce sens. Ce constat met à nouveau en lumière l'impact des substances et de la pratique sur la qualité de vie en santé sexuelle et la nécessité d'élaborer des questionnaires adaptés à cette population d'usagers.

Abstract: Chemsex refers to the use of psychoactive substances to initiate, facilitate, prolong, or enhance sexual intercourse. The practice mainly concerns men who have sex with men (MSM). In France, these substances are mainly represented by synthetic cathinones and gamma-hydroxybutyrate (GHB). Over the past ten years, the practice has become increasingly visible and widespread, thanks to the internet and the advent of location-based dating apps. Numerous complications are associated with this practice and have been extensively described, but sexual health is rarely addressed. We have therefore studied the impact of chemsex on users' quality of life and sexual satisfaction. Methods. Observational study. During consultations, those attending for chemsex use were asked to complete the Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ). Socio-demographic data and information on modes of practice were also collected. Results. Twenty-two participants were interviewed, with a median age of thirty-six years. Median scores revealed erectile and especially ejaculatory disturbances, with median scores of

13/15 and 28/35 respectively. The scores for erectile and ejaculatory discomfort also point in this direction. This finding once again highlights the impact of chemsex substances and practice on sexual-health quality of life, and the need to develop questionnaires tailored to this user population.

Mots-clés : *chemsex, santé sexuelle, satisfaction sexuelle, HSH*

Keywords: *chemsex, sexual health, sexual satisfaction, MSM*

Introduction

La pratique du *chemsex* diffuse largement au sein de la communauté des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) depuis plus de 20 ans. Les objectifs initiaux de cette pratique intracommunautaire d'usage sexualisé de drogues sont *d'initier, de faciliter, de prolonger ou d'améliorer les rapports sexuels*. Cette pratique est considérée comme une réponse aux pressions sociétales, culturelles et technologiques auxquelles font face les HSH. L'homophobie persistante dans nos sociétés, les stigmates de l'épidémie de VIH sont des facteurs souvent incompatibles avec une sexualité décomplexée et épanouie (1). Ainsi, lors d'une étude qualitative conduite à Singapour, les participants envisageaient le *chemsex* comme une solution pour atténuer la honte qu'ils ressentaient d'être engagés dans des relations homosexuelles ou pour faire face à une faible estime d'eux-mêmes. Ces perceptions négatives sont généralement dues à des traumatismes liés à l'homophobie à laquelle ils sont confrontés (2). Outre l'homophobie sociétale, la sexualité des HSH peut être impactée par une homophobie internalisée (HI) qui consiste en l'assimilation d'une image de soi négative et marginale, renvoyée par une société hétéronormée. De nombreuses études ont évalué le lien entre HI et comportements sexuels à risque et/ou consommation de produits psychoactifs. Les résultats sont variables et l'influence de l'HI sur la prise de risque sexuelle semblait plus forte à la fin des années 1980 et au début des années 1990, le VIH était plus stigmatisant qu'aujourd'hui et l'épidémie fortement associée aux relations homosexuelles (3, 4).

Les cathinones de synthèse sont les substances psychoactives les plus consommées dans le cadre du *chemsex* (5). Depuis le milieu des années 2000, la visibilité des cathinones de synthèse et de son usage récréatif et/ou sexuel s'est largement accrue. Ces substances peuvent être sniffées, ingérées, injectées ou administrées par voie intrarectale (6-7). Les cathinones de synthèse sont responsables d'un effet psychoactif puissant et d'un fort pouvoir addictogène en lien avec leur effet dopaminergique, elles sont ainsi utilisées pour leurs effets ; psychostimulant, désinhibition, empathogène, entactogène, augmentation de la libido et de l'endurance sexuelles. Parallèlement à cela, de nombreux effets indésirables sont décrits par les usagers et de multiples complications sont rapportées dans la littérature (5). Parmi elles, les plus fréquemment citées sont : agitation, confusion, anxiété, idées suicidaires, hallucinations, symptômes psychotiques, tentatives de suicide, tachycardie, hypertension, douleurs thoraciques, hyperthermie, syndromes parkinsoniens, myoclonies, rhabdomyolyse, troubles hydro-électriques et des effets indésirables durables comme une altération cognitive et/ou un des symptômes anxio-dépressifs. Les cathinones de synthèse ont par ailleurs un très fort pouvoir addictogène dans le contexte du *chemsex* (6). Comme toute substance psychoactive stimulante, elles ont un effet négatif sur la qualité de l'érection et retardent ou annulent l'éjaculation.

Une autre substance est largement utilisée : le GBL/GHB (Gamma-Hydroxybutyrate (GHB) et Gamma-Butyrolactone (GBL)) ou « G ». Lorsqu'il est ingéré, le « G » agit directement comme agoniste partiel des récepteurs gaba b. Les effets sont obtenus de manière très rapide et sa durée d'action varierait de 20 à 53 minutes (8-9). Les principaux effets recherchés lors de la prise sont l'euphorie, la désinhibition, la relaxation, l'amélioration des effets négatifs des autres drogues, l'augmentation du désir et la facilitation de la pénétration. Les autres substances utilisées sont la cocaïne, la MDMA, la méthamphétamine et la Kétamine, en fonction du choix de la personne concernée ou de la disponibilité de la substance.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé sexuelle est « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité ». Outre « l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité », la santé sexuelle implique une approche « positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles » et « la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du

plaisir en toute sécurité et sans contrainte, discrimination ou violence ». Dans cette définition de 2002, l'OMS rappelle également que la sexualité est au centre de la qualité de vie globale d'une personne et qu'elle comprend « le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction ». Ainsi, la santé sexuelle est fondamentale pour la santé et le bien-être général des personnes, des couples et des familles. Elle repose sur trois piliers : l'autonomie, la satisfaction et la sécurité (10).

Si beaucoup de données existent sur les comportements sexuels à risque, peu s'intéressent à la satisfaction sexuelle globale des usagers de *chemsex*.

L'objectif principal de notre étude est donc d'évaluer la santé sexuelle des usagers venant en consultation d'addictologie pour un usage du *chemsex*. Les objectifs secondaires sont : de décrire les modalités de pratiques du *chemsex*, d'évaluer l'ensemble des consommations de substances psychoactives, d'interroger la prise de risque ressentie concernant les infections sexuellement transmissibles (IST).

Méthode

Étude quantitative observationnelle descriptive « preuve de concept » au sein des consultations d'addictologie au CHU et au SPOT de AIDES à Montpellier, dédiées à l'accompagnement spécifique des personnes ayant une pratique du *chemsex*.

Les critères d'inclusion étaient d'être majeurs, d'être suivis pour une pratique du *chemsex* et d'accepter le principe de l'étude après une information claire et bienveillante. Un pseudonyme était attribué à chaque participant selon son lieu de consultation. Leur accord de participation était noté dans le dossier médical.

Les données recueillies lors de l'entretien étaient :

- Données sociodémographiques (âge, genre, orientation sexuelle, statut relationnel, existence d'une activité professionnelle) ;
- Données addictologiques globales : tabac (test de Fagerström simplifié) (11), alcool (AUDIT-C) (12), autres consommations

- de substances psychoactives (SPA) avant et après le début de la pratique du *chemsex* de façon déclarative ;
- Données relatives à la pratique du *chemsex* de façon déclarative (durée d'évolution de la pratique, fréquence des sessions, substances utilisées durant la pratique, mode de consommation des substances, utilisation de substances à distance ou en gestion de la « descente » de la pratique, utilisation de médicaments favorisant l'érection, utilisation des applications de géolocalisation, prévention diversifiée du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles, perception de violences sexuelles subies lors de la pratique, présence de rapports sexuels en dehors du *chemsex*).

Afin d'évaluer la santé sexuelle des usagers et plus particulièrement leur satisfaction sexuelle, le *Male Sexual Health Questionnaire* (MSHQ) (13, 14) a été utilisé. Ce questionnaire a été élaboré pour évaluer la santé sexuelle des hommes souffrant de troubles uro-génitaux, il s'agit du seul questionnaire validé en français explorant la satisfaction sexuelle des personnes interrogées. En effet, quatre domaines sont explorés : l'érection, l'éjaculation, le désir, la satisfaction sexuelle. Il était demandé aux patients d'y répondre en se référant à leur sexualité globale : dans le cadre du *chemsex* et hors *chemsex*.

Le recueil de données et l'analyse descriptive ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel. Un descriptif de la population a été réalisé : les variables quantitatives ont été décrites par leurs effectifs, fréquences et pourcentages ; les variables qualitatives par leurs médianes et quartiles. Pour la comparaison de substances psychoactives avant-après *chemsex*, le test de MacNemar pour données appariées a été employé.

Résultats

Durant les 3 mois dédiés à cette étude « preuve de concept » de janvier à mars 2023, 22 personnes ont pu répondre au questionnaire. Ces personnes étaient des hommes cis pour 100 % d'entre eux, d'âge médian 36 ans. Les autres données sociodémographiques sont détaillées dans le tableau 1.

En ce qui concerne la consommation actuelle de tabac, 63.6 % étaient fumeurs actifs, parmi eux, 27.3 % avaient un niveau de

dépendance modérée à sévère. Seule 1 personne interrogée ne consommait pas d'alcool, et parmi les consommateurs d'alcool ; 40.9 % n'avaient pas de mésusage selon le test AUDIT-C. Les personnes déclaraient pour 31.8 % d'entre elles une consommation de cannabis avant la pratique du *chemsex*, il n'y avait pas d'évolution significative de cette attitude depuis le début du *chemsex*. Cette notion de non-évolution des autres consommations de SPA a été retrouvée pour les opiacés (9.1 %) et pour les benzodiazépines (9.1 %).

Le *chemsex* était pratiqué pour 90.9 % des hommes interrogés depuis plus de 2 ans, les autres données décrivant les modalités de la pratique sont détaillées dans le tableau 2.

Sur la prévention diversifiée du VIH, concernant le préservatif, aucune personne interrogée ne l'utilisait, la PrEP était prise par 68 % d'entre eux, sachant que le statut vis-à-vis du VIH n'était pas questionné. Huit participants (36.4 %) estimaient avoir subi des violences sexuelles durant une session de *chemsex*. Les consommations de substances durant et en dehors des sessions de *chemsex* ainsi que les modalités de prises sont exposées dans le tableau 3.

Afin de gérer la descente, les personnes décrivaient consommer des substances pour 36.4 % d'entre eux, les deux principales substances étaient le cannabis et l'alcool pour 50 % des utilisateurs concernés.

La persistance d'une activité sexuelle en dehors du *chemsex* était le cas pour 63.6 % des hommes, avec un ou plusieurs partenaires pour la majorité. Pour répondre au questionnaire MSHQ, il était demandé aux participants de répondre aux questions en se référant à leur sexualité dans le cadre du *chemsex* et en dehors afin d'évaluer la satisfaction sexuelle globale. Les scores de satisfaction sexuelle sont détaillés dans le tableau 4. La médiane du score total du questionnaire MSHQ s'élevait à 92,5/125.

Discussion

Cette étude « preuve de concept » a permis d'interroger 22 hommes cis sur leurs pratiques du *chemsex* et leur sentiment de satisfaction sexuelle. L'absence des hommes trans dans cette pratique est classiquement retrouvée dans l'ensemble des études (15). L'âge médian des participants s'élève à 36 ans (32 ; 48), ce chiffre est cohérent

avec les données de la littérature. En effet, une étude a été conduite afin de rechercher les facteurs associés à la pratique du *chemsex*. Le recrutement a été fait parmi 16 centres de santé sexuelle anglais et également via des applications de rencontre. La tranche d'âge 30-44 ans était associée à un usage sexualisé de drogues significativement plus important (16). Il est cependant intéressant de noter que la pratique semble se diffuser parmi des personnes plus jeunes depuis quelques années en France (17). Les résultats de notre étude concernant le tabac et l'alcool sont cohérents également avec d'autres études montrant une prévalence plus élevée de ces consommations chez les usagers de *chemsex* qu'en population générale (18).

Quelques données intéressantes en ce qui concerne la pratique du *chemsex* sont également retrouvées dans notre étude. Tout d'abord, l'utilisation de médicaments favorisant l'érection. L'usage détourné de ces traitements hors prescription médicale doit être pris en considération. En effet, selon les données du dispositif de veille sanitaire DRAMES, entre 2008 et 2017, la présence de Sildénafil ou d'Alprostadil est mentionnée pour trois décès parmi les 24 en lien avec la pratique du *chemsex* (17). De plus, la quasi-totalité des personnes utilise les applications de rencontre géolocalisées, celles-ci semblent avoir largement contribué à la diffusion du phénomène. Il est également avancé que l'utilisation de plus en plus fréquente de ces applications parmi les HSH tend à modifier les modalités relationnelles affectives et sexuelles. Leur usage excessif pourrait favoriser une baisse du bien-être et de la qualité de vie, l'apparition de troubles dépressifs est associée à des consommations plus importantes de substances psychoactives (19). Enfin, le multipartenariat est le contexte de pratique majoritaire dans notre étude comme dans la littérature. Celui-ci est associé à une prise de risque augmentée, favorise la recherche de performances et ainsi, contribue à la prise de substances psychoactives (20). Ces risques sont multiples et notamment en lien avec la transmission des IST ; risque confirmé par l'absence d'utilisation du préservatif. Cette absence de préservatif lors des pénétrations anales est classique que l'utilisateur soit suivi ou pas en centre de santé sexuelle (16, 18). Il en résulte une forte incidence d'IST en lien avec la pratique du *chemsex*. Ainsi, une autre étude conduite au Canada rapporte que la pratique du *chemsex* augmente de 32 % le risque de contracter une IST à Chlamydia ou Gonocoque parmi les utilisateurs de la PrEP. Ce risque varie selon l'âge, le niveau d'éducation et de revenus (21).

Fait marquant de cette étude, la forte description de violences sexuelles, rapportées par 36.4 % des participants. Ce constat peut s'expliquer par une vigilance altérée lors de l'usage sexualisé de drogues qui favorise les actes non consentis. D'autre part, la désinhibition, l'augmentation du désir et l'altération des perceptions induites par les substances consommées peuvent conduire à des actes de violence. Les réseaux de soins accompagnant les usagers du *chemsex* se doivent de prendre en considération ces données et de s'impliquer dans la prévention, et l'accompagnement médical psychologique et judiciaire de ces violences.

Les données concernant les consommations de substances durant et en dehors des substances de *chemsex* sont classiquement décrites et ne seront donc pas discutées ici.

Selon le questionnaire MSHQ, l'absence de gêne fonctionnelle se traduirait par un score de 15/15 pour l'érection et de 35/35 pour l'éjaculation. Pour nos participants, les médianes de ces scores révèlent l'existence de perturbations érectiles et surtout éjaculatoires avec des scores médians s'élevant respectivement à 13/15 et 28/35. Les substances consommées dans le cadre du *chemsex* sont pour la plupart pourvoyeuses de ces troubles, notamment les cathinones, la méthamphétamine et la cocaïne. Le risque de priapisme est également décrit pour la méthamphétamine (6).

Il est intéressant de détailler plus en avant les résultats du questionnaire sur la satisfaction sexuelle. Lors de l'évaluation de l'activité sexuelle et du désir par le questionnaire MSHQ, il est demandé de se référer à « un partenaire habituel ». Or les HSH dans un contexte de pratique du *chemsex*, ont souvent un plus grand multipartenariat. En effet, ils ont plus de partenaires au cours de leur vie, les relations non monogames, dites « libres », sont également plus fréquentes (22). Ainsi, dans notre étude, 90 % des participants n'ont pas de partenaire à qui se référer et ont pu être mis en difficulté pour répondre aux questions abordant leur désir et leur satisfaction sexuelle.

Les médianes des scores obtenus concernant le désir et la satisfaction sexuelle sont respectivement de 21/30 (18 ; 25,25) et 26/35 (22,5 ; 28). Selon ces scores les participants à l'étude semblent être peu satisfaits de leur sexualité dans le contexte du *chemsex* et hors *chemsex*. Ce chiffre de satisfaction globale est inférieur à celui retrouvé chez des hommes plus âgés ayant été traités pour un cancer de la prostate. En effet, à moyen ou long terme et en particulier

chez les jeunes consommateurs, la pratique peut favoriser une vision altérée de la sexualité entraînant une recherche constante de performance qui peut être pourvoyeuse de frustration. Par ailleurs, la perception décuplée des sensations et du plaisir sous l'emprise des substances psychoactives utilisées dans le *chemsex* contribue à l'insatisfaction ressentie lors des rapports sans produits. Ainsi, de nombreux hommes gays et bisexuels impliqués dans la pratique du *chemsex*, rapportent une insatisfaction sexuelle lors des rapports se déroulant en dehors de ce contexte. Par ailleurs, l'usage sexualisé de drogues favorise une émancipation face à une culture hétéronormée. Cet aspect renforce la difficulté à retrouver du plaisir lors des pratiques sexuelles sans produit (18, 23).

Conclusion

Le *chemsex* est une pratique qui s'est largement diffusée au cours des dernières années et qui peut s'accompagner de nombreuses complications médico-psycho-sociales et sexuelles nécessitant ainsi un accompagnement pluriprofessionnel.

Ce travail a été réalisé dans le but d'évaluer la faisabilité d'une étude visant à évaluer la satisfaction sexuelle des usagers pratiquant le *chemsex*. Pour ce faire, nous avons choisi le seul outil validé en français questionnant la satisfaction sexuelle des hommes. En revanche, ce test très « hétéronormé » a impacté la pertinence des réponses et leur interprétation. Il serait intéressant d'élargir ce même type d'étude avec une approche qualitative de la santé sexuelle. Par ailleurs, il semble primordial que des outils d'évaluation adaptés à la sexualité des personnes LGBTQIA+ soient élaborés de manière spécifique.

Références

- Stuart, D. (2019). *Chemsex*: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs Alcohol Today*, 19(1), 3-10.
- Tan, R. K. J., Phua, K., Tan, A., Gan, D. C. J., Ho, L. P. P., Ong, E. J. *et al.* (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. *Int J Drug Policy*, 1 nov, 97, 103333.

- Newcomb, M. E., Mustanski, B. (2011). Moderators of the Relationship Between Internalized Homophobia and Risky Sexual Behavior in Men Who Have Sex with Men: A Meta-Analysis. *Arch Sex Behav.*, 40(1), 189-199.
- Puckett, J. A., Newcomb, M. E., Garofalo, R., Mustanski, B. (2017). Examining the Conditions under which Internalized Homophobia is Associated with Substance Use and Condomless Sex in Young MSM: The Moderating Role of Impulsivity. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.*, 51(4), 567-577.
- Donnadieu-Rigole, H., Peyrière, H., Benyamina, A., Karila, L. (2020). Complications Related to Sexualized Drug Use: What Can We Learn from Literature? *Front Neurosci.*, 14, 548704.
- Coppola, M., Mondola, R. (2012). Synthetic cathinones: chemistry, pharmacology and toxicology of a new class of designer drugs of abuse marketed as « bath salts » or « plant food ». *Toxicol Lett.*, 211(2), 144-149.
- Prosser, J. M., Nelson, L. S. (2012). The toxicology of bath salts: a review of synthetic cathinones. *J Med Toxicol Off J Am Coll Med Toxicol.*, 8(1), 33-42.
- Schep, L. J., Knudsen, K., Slaughter, R. J., Vale, J. A., Mégarbane, B. (2012). The clinical toxicology of γ -hydroxybutyrate, γ -butyrolactone and 1,4-butanediol. *Clin Toxicol Phila Pa.*, 50(6), 458-470.
- Wood, D. M., Brailsford, A. D., Dargan, P. I. (2011). Acute toxicity and withdrawal syndromes related to gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its analogues gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4-butanediol (1,4-BD). *Drug Test Anal.*, 3(7-8), 417-425.
- Santé sexuelle [Internet]. [cité 20 décembre 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle>.
- Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 25 mai 2023]. Sevrage tabagique : des outils pour repérer et accompagner les patients. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974738/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner-les-patients.
- Levola, J., Aalto, M. (2015). Screening for At-Risk Drinking in a Population Reporting Symptoms of Depression: A Validation of the AUDIT, AUDIT-C, and AUDIT-3. *Alcohol Clin Exp Res.*, 39(7), 1186-1192.
- Bessonneau, P., Dara, A. F., Juraskova, I., Huntingdon, B., Da Silva, M. H. *et al.* (2019). Psychometric properties of male sexual health questionnaire (MSHQ), in HIV and HCV patients. *Value Health*, 22, S732.
- Giuliano, F. (2013). Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Prog en Urol.*, 23(9), 811-821.
- Hibbert, M. P., Hillis, A., Brett, C. E., Porcellato, L. A. (2021). Hope VD. A narrative systematic review of sexualised drug use and sexual health outcomes among LGBT people. *Int J Drug Policy*, 93,103187.
- Blomquist, P. B., Mohammed, H., Mikhail, A., Weatherburn, P., Reid, D., Wayal, S. *et al.* (2020). Characteristics and sexual health service use of MSM engaging in chemsex: results from a large online survey in England. *Sex Transm Infect.*, 96(8), 590-595.
- Bâtisse, A., Eiden, C., Deheul, S., Monzon, E., Djezzar, S., Peyrière, H. (2022). Chemsex practice in France: An update in Addictovigilance data. *Fundam Clin Pharmacol.*, 36(2), 397-404.

- Cessa, D. (2021). Facteurs de risques addictologiques dans le cadre du *Chemsex* : résultats de l'étude nationale en ligne Sea, Sex and Chems. Aix-Marseille Université. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03432393>.
- Benyamina, A. (2022). Rapport « *Chemsex* » 2022 pour le ministre de la Santé [Internet], p. 73. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/284486.pdf>.
- Chemsex*, slam – Théma TREND – OFDT [Internet]. [cité 26 décembre 2022]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/thema/chemsex-slam/>.
- Anato, J. L. F., Panagiotoglou, D., Greenwald, Z. R., Blanchette, M., Trottier, C., Vaziri, M. *et al.* (2022). *Chemsex* and incidence of sexually transmitted infections among Canadian pre-exposure prophylaxis (PrEP) users in the l'Actuel PrEP Cohort (2013-2020). *Sex Transm Infect.*, 98(8), 549-556.
- Mayer, K. H., Bekker, L. G., Stall, R., Grulich, A. E., Colfax, G., Lama, J. R. (2012). Comprehensive clinical care for men who have sex with men: an integrated approach. *The Lancet*, 380(9839), 378-387.
- IJERPH | Free Full-Text | *Chemsex*, Identity and Sexual Health among Gay and Bisexual Men [Internet]. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/19/12124>

Tableaux

Tableau 1. Données sociodémographiques

Variable	N	Median (Q1 ; Q3) Count (%)
Âge	21	36 (32 ; 48)
Genre	22	
Cis		22 (100.0)
Orientation sexuelle	22	
Gay		20 (90.9)
Bisexuel		2 (9.1)
Activité professionnelle	22	11 (50.0)
En couple	22	5 (22.7)

Tableau 2. Modalités de la pratique du *chemsex*

Variable	N	Mean (SD) Count (%)
Fréquence des sessions de <i>chemsex</i>	22	
Moins d'une fois par semaine plus d'une fois par mois		7 (31.8)
Une fois par semaine ou plus		7 (31.8)
Moins d'une fois par mois		5 (22.7)
Une fois par mois		3 (13.6)
Pratique du <i>Chemsex</i> en couple	22	4 (18.2)
Pratique du <i>Chemsex</i> en multipartenariat	22	19 (86.4)
Pratique solitaire du <i>Chemsex</i>	22	2 (9.1)
Utilisation de traitements favorisant l'érection	20	7 (35.0)
Utilisation d'application de rencontres	22	21 (95.5)

Tableau 3. Consommations de substances
durant et en dehors des sessions de *chemsex*

Variable	N	Durant les sessions Mean (SD) Count (%)	En dehors des sessions Mean (SD) Count (%)
Consommation de poppers pendant le <i>Chemsex</i>	22	7 (31.8)	3 (13.6)
Consommation de cathinones pendant le <i>Chemsex</i>	22	21 (95.5)	5 (22.7)
Consommation de GHB pendant le <i>Chemsex</i>	22	16 (72.7)	5 (22.7)
Consommation de MDMA pendant le <i>Chemsex</i>	22	0 (0.0)	1 (4.5)
Consommation de Méthamphétamine pendant le <i>Chemsex</i>	22	1 (4.5)	0 (0.0)
Consommation de cocaïne pendant le <i>Chemsex</i>	22	4 (18.2)	2 (9.1)
Consommation de kétamine pendant le <i>Chemsex</i>	22	1 (4.5)	0 (0.0)
Modalités :			
Consommation en sniff	22	16 (72.7)	ND*
Consommation en slam	22	11 (50.0)	ND

Variable	N	Durant les sessions Mean (SD) Count (%)	En dehors des sessions Mean (SD) Count (%)
Consommation par voie anale	22	1 (4.5)	ND
Consommation inhalée	22	3 (13.6)	ND
Consommation par voie orale	22	5 (23.8)	ND
* ND=non documenté			

Tableau 4. Score de satisfaction sexuelle MSHQ

Variable	N	Médian (Q1 ; Q3) Count (%)
Score érection /15	21	13 (9 ;14)
Score gêne érection /5	22	3.5 (3 ; 5)
Score éjaculation /35	22	28 (27 ;30)
Score gêne éjaculation /5	21	5 (4 ;5)
Score satisfaction /30	16	21 (18 ; 25.25)
Score désir et activité sexuelle /35	20	26 (22.5 ;28)
Score total MSHQ /125	14	92.5 (88 ; 103.75)

Annexe

Auto-Questionnaire MSHQ

Échelles sur l'érection :

- 1) Au cours du dernier mois, sans l'aide de médicament, combien de fois avez-vous réussi à avoir une érection lorsque vous en aviez envie ?
 - Tout le temps (5)
 - La plupart du temps (4)
 - À peu près la moitié du temps (3)
 - Moins de la moitié du temps (2)
 - Jamais (1)

- J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel
- 2) Au cours du dernier mois, si vous avez pu avoir une érection sans l'aide de médicaments, combien de fois avez-vous pu rester rigide aussi longtemps que vous le souhaitiez ?
- Tout le temps (5)
 - La plupart du temps (4)
 - À peu près la moitié du temps (3)
 - Moins de la moitié du temps (2)
 - Jamais (1)
 - J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel
- 3) Au cours du dernier mois, si vous avez pu avoir une érection sans utiliser de médicament, comment évaluez-vous la rigidité de vos érections ?
- Complètement rigides (5)
 - Presque complètement rigides (4)
 - Plutôt rigides mais pouvant se ramollir (3)
 - Un peu rigides mais facilement ramollies (2)
 - Pas rigides du tout (1)
 - J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel

Score sur l'érection (1-15)

- 4) Au cours du dernier mois, si vous avez eu des difficultés à ce que votre verge devienne rigide ou reste rigide sans l'aide de médicaments pour l'érection, avez-vous été gêné par ce problème ?
- Pas du tout gêné/Je n'ai pas eu de problème d'érection (5)
 - Un peu gêné (4)
 - Moyennement gêné (3)
 - Très gêné (2)
 - Extrêmement gêné (1)

Score sur la gêne (Problèmes d'érection) (1-5) :

Échelle sur l'éjaculation :

La section suivante concerne votre éjaculation et le plaisir associé à votre éjaculation. Les questions suivantes concernent les éjaculations que vous avez lors d'activités sexuelles. Nous vous demandons de penser aux éjaculations que vous avez eues avec votre partenaire habituel(le), d'autres partenaires ou en vous masturbant.

- 5) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été capable d'éjaculer lors d'une activité sexuelle ?
 - Tout le temps (5)
 - La plupart du temps (4)
 - À peu près la moitié du temps (3)
 - Moins de la moitié du temps (2)
 - Jamais/Je ne pouvais pas éjaculer (1)
- 6) Au cours du dernier mois, lorsque vous aviez une activité sexuelle, combien de fois avez-vous eu l'impression que l'éjaculation mettait trop de temps à venir ?
 - Jamais (5)
 - Moins de la moitié du temps (4)
 - Environ la moitié du temps (3)
 - La plupart du temps (2)
 - Chaque fois (1)
 - Je ne pouvais pas éjaculer (0)
- 7) Au cours du dernier mois, combien de fois lors d'une activité sexuelle, avez-vous eu l'impression d'éjaculer alors qu'il n'y avait pas de sperme ?
 - Jamais (5)
 - Moins de la moitié du temps (4)
 - Environ la moitié du temps (3)
 - La plupart du temps (2)
 - Chaque fois (1)
 - Je ne pouvais pas éjaculer (0)
- 8) Comment évaluez-vous la force ou la puissance des éjaculations que vous avez eues au cours du dernier mois ?
 - Aussi fortes qu'elles ont toujours été/pareilles ou inchangées (5)
 - Un peu moins fortes (4)
 - Moins fortes (3)
 - Beaucoup moins fortes (2)

- Considérablement moins fortes (1)
- Je ne pouvais pas éjaculer (0)

9) En vous basant sur le dernier mois, comment évaluez-vous le volume ou la quantité de sperme lorsque vous éjaculez ?

- Aussi abondant qu'il a toujours été/pareil ou inchangé (5)
- Un peu moins abondant (4)
- Moins abondant (3)
- Beaucoup moins abondant (2)
- Considérablement moins abondant (1)
- Je ne pouvais pas éjaculer (0)

10) Par comparaison à il y a UN mois, diriez-vous que le plaisir physique que vous avez ressenti en éjaculant a...

- Beaucoup augmenté (5)
- Augmenté moyennement (4)
- Pas de changement (3)
- Moyennement diminué (2)
- Beaucoup diminué (1)
- Je ne pouvais pas éjaculer (0)

11) Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti une douleur physique ou de la gêne pendant l'éjaculation ? Diriez-vous que vous avez eu...

- Aucune douleur (5)
- Un peu de douleur ou d'inconfort (4)
- Une douleur ou un inconfort modéré(e) (3)
- Une grande douleur ou un grand inconfort (2)
- Énormément de douleur ou d'inconfort (1)
- Je ne pouvais pas éjaculer (0)

Score sur l'éjaculation (1-35) :

Question sur la gêne (problème d'éjaculation) :

12) Au cours du dernier mois, si vous avez eu des difficultés pour éjaculer ou si vous n'avez pas pu éjaculer, cela vous a-t-il gêné ?

- Pas du tout gêné (5)
- Un peu gêné (4)
- Moyennement gêné (3)
- Très gêné (2)

- Extrêmement gêné (1)

Score sur la gêne (problème d'éjaculation) (1-5) :

Échelle sur la satisfaction :

Les questions suivantes portent sur votre relation avec votre partenaire habituel(le) au cours du dernier mois. Certaines de ces questions portent sur vos relations sexuelles, alors que d'autres portent sur vos relations en général.

13) En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des relations sexuelles que vous avez avec votre partenaire habituel(le) ?

- Extrêmement satisfait (5)
- Moyennement satisfait (4)
- Ni satisfait ni insatisfait (3)
- Moyennement insatisfait (2)
- Extrêmement insatisfait (1)

14) En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la qualité de votre vie sexuelle avec votre partenaire habituel(le) ?

- Extrêmement satisfait (5)
- Moyennement satisfait (4)
- Ni satisfait ni insatisfait (3)
- Moyennement insatisfait (2)
- Extrêmement insatisfait (1)

15) En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la fréquence de vos rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le) ?

- Extrêmement satisfait (5)
- Moyennement satisfait (4)
- Ni satisfait ni insatisfait (3)
- Moyennement insatisfait (2)
- Extrêmement insatisfait (1)

16) En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des signes de tendresse que vous et votre partenaire habituel(le) montrez lors des rapports sexuels ?

- Extrêmement satisfait (5)
- Moyennement satisfait (4)
- Ni satisfait ni insatisfait (3)

- Moyennement insatisfait (2)
- Extrêmement insatisfait (1)

17) En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous et votre partenaire habituel(le) parlez de sexualité ?

- Extrêmement satisfait (5)
- Moyennement satisfait (4)
- Ni satisfait ni insatisfait (3)
- Moyennement insatisfait (2)
- Extrêmement insatisfait (1)

18) Sans tenir compte de vos relations sexuelles, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des autres aspects de votre relation avec votre partenaire habituel(le) ?

- Extrêmement satisfait (5)
- Moyennement satisfait (4)
- Ni satisfait ni insatisfait (3)
- Moyennement insatisfait (2)
- Extrêmement insatisfait (1)

Score satisfaction (6-30) :

Items supplémentaires (activité et désir sexuels) :

Les questions suivantes portent sur votre activité sexuelle au cours du dernier mois. Ces questions portent sur toutes les activités sexuelles que vous avez eues avec votre partenaire habituel(le), avec d'autres partenaires ou en vous masturbant.

19) Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu une activité sexuelle, à savoir vous masturber, des rapports sexuels, des caresses buccales ou toute autre sorte d'activité sexuelle ?

- Chaque jour ou presque chaque jour (5)
- Plus de 6 fois (4)
- 4 à 6 fois (3)
- 1 à 3 fois (2)
- 0 fois (1)

Si votre réponse à la question 19 est « 0 », veuillez répondre aux questions suivantes :

Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?

- Il y a 1 à 3 mois
- Il y a 4 à 6 mois
- Il y a 7 à 12 mois
- Il y a 13 à 24 mois
- Il y a plus de 24 mois

Pour quelle raison n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?

Je n'ai pas pu avoir de rapports sexuels car je ne pouvais pas avoir d'érection : ☐ Oui ☐ Non

Je n'ai pas pu avoir de rapports sexuels car je ne pouvais pas éjaculer : ☐ Oui ☐ Non

Je n'avais pas de partenaire : ☐ Oui ☐ Non

Autre raison (précisez) : _____

20) Par comparaison à il y a UN mois, la fréquence de votre activité sexuelle a-t-elle augmenté ou diminué ?

- Beaucoup augmenté (5)
- Augmenté moyennement (4)
- Pas de changement (3)
- Moyennement diminué (2)
- Beaucoup diminué (1)

21) Au cours du dernier mois, avez-vous été gêné par les modifications de fréquence de votre activité sexuelle ?

- Pas du tout gêné (5)
- Un peu gêné (4)
- Moyennement gêné (3)
- Très gêné (2)
- Extrêmement gêné (1)

Les questions suivantes portent sur votre envie ou désir d'avoir des rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le). Les questions suivantes portent sur les envies ou désirs sexuels que vous avez éprouvés pour votre partenaire habituel(le), et non pas si vous avez effectivement eu des rapports sexuels.

Avez-vous un(e) « partenaire habituel(le) » ?

- Oui
- Non

Si vous n'avez pas de partenaire habituel(le), veuillez répondre à toutes les questions sans vous référer à un(e) « partenaire habituel(le) ».

22) Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous ressenti une envie ou un désir de faire l'amour avec votre partenaire habituel(le) ?

- Tout le temps (5)
- La plupart du temps (4)
- À peu près la moitié du temps (3)
- Moins de la moitié du temps (2)
- Jamais (1)

23) Comment décririez-vous les envies ou désirs d'avoir des rapports sexuels que vous avez eus au cours du dernier mois avec votre partenaire habituel(le) ?

- Très forts (5)
- Forts (4)
- Modérés (3)
- Faibles (2)
- Très faibles ou absents (1)

24) Au cours du dernier mois, avez-vous été gêné par le niveau de votre désir sexuel ?

- Pas du tout gêné (5)
- Un peu gêné (4)
- Moyennement gêné (3)
- Très gêné (2)
- Extrêmement gêné (1)

25) Par comparaison à il y a UN mois, votre envie ou désir d'avoir des rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le) ont-ils augmenté ou diminué ?

- Beaucoup augmenté (5)
- Augmenté moyennement (4)
- Pas de changement (3)
- Moyennement diminué (2)
- Beaucoup diminué (1)

Score activité et désir sexuel (7-35) :

Score total : /125

Le chemsex en psychiatrie : des effets systémiques ?

Chemsex in psychiatry: Systemic effects?

Dr Jean-Victor Blanc

Service de psychiatrie et d'addictologie, Hôpital Saint-Antoine,
Sorbonne Université, 184 rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris
jean-victor.blanc@aphp.fr

Résumé : *Le chemsex, prise volontaire de substances psychoactives afin de faciliter, initier, augmenter, intensifier ou prolonger les rapports et les performances sexuelles, implique souvent un polyusage de substances. Parmi celles-ci, les cathinones de synthèse, la méthamphétamine, la kétamine et la cocaïne, qui peuvent induire des troubles psychiques. L'objectif de cet article est d'explorer, à l'aide d'une revue de la littérature et de données cliniques issues d'une consultation spécialisée : 1) Les complications psychiatriques les plus fréquemment associées au chemsex : descentes, symptômes productifs et pharmacopsychoses. 2) Les comorbidités associées au chemsex, notamment les plus fréquentes : troubles dépressifs, anxieux, et leurs implications dans la prise en charge. 3) La place des antécédents psychiatriques chez les usagers de chemsex, notamment les vulnérabilités pouvant préexister avant l'usage de substance et leurs effets systémiques.*

Abstract: *Chemsex, the voluntary use of psychoactive substances to facilitate, initiate, increase, intensify, or prolong sexual intercourse and performance, often involves multiple*

substance use. These include synthetic cathinones, methamphetamine, ketamine, and cocaine, all of which can induce psychic disorders. The aim of this article is to explore, with the help of a literature review and clinical data from a specialized consultation: 1) The psychiatric complications most frequently associated with chemsex: comedown, psychotic symptoms, and drug addiction. 2) The comorbidities associated with chemsex, in particular the most frequent: depressive and anxiety disorders, and their implications for treatment. 3) The role played by chemsex users' previous psychiatric problems, if any, in particular the vulnerabilities that may pre-exist substance use and their systemic effects.

Mots-clés : *chemsex, troubles psychiatriques, épisode dépressif majeur, trouble anxieux, attachement, LGBT*

Keywords: *chemsex, mental health, major depressive episode, anxiety disorder, attachment theory, LGBT*

Introduction

Le terme de « *chemsex* » vient de la contraction de « chemical sex ». Il désigne la prise volontaire de substances psychoactives afin de faciliter, initier, augmenter, intensifier ou prolonger les rapports et les performances sexuelles. Il concerne principalement les Hommes qui ont des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), aussi bien en France qu'à l'étranger (Royaume-Uni, Allemagne, États-Unis, Australie, etc.) (Bourne, 2014 ; Deimel, 2016 ; Batisse, 2014).

Les substances psychoactives (SPA) les plus couramment utilisées sont les cathinones de synthèse (3-MMC, 3-CMC...), la méthamphétamine, l'acide gamma-hydroxybutyrique / gamma-butyrolactone (GHB/GBL) et, plus rarement, la cocaïne ou la kétamine. On note que la France est l'un des rares pays où l'usage de cathinones de synthèse est majoritaire par rapport aux autres substances, loin devant la méthamphétamine (Batisse, 2014). Très souvent, il existe une polyconsommation de ces différentes substances, associée à des traitements facilitateurs de l'érection. La pratique du « slam » (ou « slamming ») correspond à la prise de substances par voie injectable

dans un contexte sexuel. La pratique du *chemsex* est fréquemment associée à une sexualité groupale, constituée sur les réseaux sociaux de rencontres communautaires (Bourne, 2014).

Les effets recherchés dans la pratique du *chemsex* sont principalement (Glynn, 2018) :

- l’augmentation du plaisir, de l’excitation, des sensations associées au sexe ;
- la prolongation de la durée des rapports sexuels, pouvant durer plusieurs heures avec des sessions de consommations de produits et de sexe s’étalant sur plusieurs jours ;
- la désinhibition facilitant le rapport sexuel, beaucoup de patients évoquant avoir des rapports qu’ils n’auraient pas eus sans les produits ;
- la réalisation d’actes qui ne seraient pas pratiqués sans l’usage de substances, comme les pratiques qualifiées de « hard ».

Dans le discours des patients consultant en addictologie, d’autres motivations émergent. Le caractère social de la prise de substances revient régulièrement. Il s’agit alors de lutter contre un sentiment d’ennui et de solitude. Les longues sessions de prises de produits sont ainsi l’occasion de ne pas être seul, malgré une qualité d’interactions sociales péjorées par les substances. Il existe un effet paradoxal : le *chemsex* peut, sur le long terme, isoler l’individu. L’essentiel des relations va se concentrer sur les consommateurs, au détriment des autres. Pour beaucoup, l’usage de substances vise à renforcer la confiance en soi et permettre une intimité émotionnelle. Le caractère standardisé de la pratique est souvent perçu comme un moyen de lutter contre des angoisses concernant l’activité sexuelle ou l’image corporelle. Parfois, la prise de produits se fait au sein du couple comme stratégie afin de lutter contre un affadissement du désir. Enfin, l’escapisme (comportement de fuite et d’évitement vis-à-vis d’émotions ou cognitions désagréables) est fréquemment rapporté par les usagers. Chez beaucoup de ceux qui ont un trouble d’usage de substances liées au *chemsex*, le début des consommations ou la perte de contrôle se situe à un moment de rupture ou fragilité (deuil, séparation, chômage...). Les périodes de confinement liées à la pandémie du Covid-19 reviennent ainsi souvent en entretien comme périodes propices à une décompensation de l’addiction au *chemsex*.

Le *chemsex* expose à des complications de la santé physique et sexuelle (Bourne, 2014 ; Deimel, 2016 ; Batisse, 2014). Mais le trouble

d'usage de substances psychoactives à visée sexuelle est aussi à haut risque psychiatrique. Comme pour tous les usages de substances, tous les usagers de *chemsex* n'ont pas un usage problématique (défini ici comme engendrant une souffrance et déclenchant une demande de soins). Un quart des HSH pratiquant le *chemsex* déclarent avoir besoin d'aide d'un professionnel de santé mentale (Evers, 2020). Ceci plaide donc pour une attention particulière aux conséquences psychiatriques du *chemsex*.

Conséquences psychiatriques du *chemsex*

Les usagers décrivent fréquemment des complications aiguës lors de la pratique du *chemsex*. Les conséquences sur la santé mentale sont ainsi identifiées comme les parmi les plus délétères par les usagers (Bourne, 2015) :

- L'apparition de symptômes psychotiques : idées délirantes de persécutions, hallucinations acoustico-verbales ou volontiers visuelles. Dans l'étude menée dans le service, c'est 44 % des 71 patients consultant pour usage problématique de *chemsex* qui rapportent des symptômes psychotiques associés aux substances (Blanc, 2023). La plupart du temps, ces derniers sont critiqués, disparaissent rapidement et ne sont pas l'occasion d'une consultation médicale (Lea, 2011). Étant donné la fréquence de la polyconsommation, il n'est pas évident d'incriminer un produit avec certitude. La kétamine, la méthamphétamine et les cathinones de synthèse semblent en être les plus pourvoyeuses. La multiplication des prises de produits, et la longueur de la séquence de consommation, et donc du degré d'épuisement en l'absence de repos et d'alimentation, sont autant de facteurs favorisant l'apparition de symptômes productifs.
- Dans certains cas, notamment en présence d'une vulnérabilité psychotique, le tableau peut évoluer vers une pharmacopsychose. Ce trouble psychotique induit par une substance peut advenir à l'occasion d'une prise aiguë ou chronique de substance (Thornton, 2012 ; Urban, 2011). Il est à haut risque de trouble du comportement avec risque auto-agressif, voire hétéro-agressif, et motive alors un passage au service d'accueil des urgences. Il cède la plupart du temps rapidement avec un

traitement antipsychotique, mais nécessite parfois une hospitalisation prolongée en psychiatrie (Dolengevich-Segal, 2014).

- La « descente » correspond à des symptômes dépressifs avec une tristesse franche de l'humeur, aboulie, anhédonie, ralentissement psychomoteur voire idées suicidaires, mais de durée brève, avec disparition intégrale en 36-48h (Batisse, 2014). En cas de consommations rapprochées, cet état de descente peut devenir permanent et difficilement différenciable d'un épisode dépressif.
- Enfin, le risque addictologique. Les produits psychostimulants utilisés sont très pourvoyeurs de craving (désir puissant et compulsif de consommer une substance psychoactive). Cela participe pour beaucoup à la pérennisation des conduites addictives. Le craving pour les produits, mais envers l'injection chez les slammeurs, est souvent ce qui met le plus en difficulté les patients en demande d'aide. L'intrication entre envie de consommer et désir sexuel est une spécificité du *chemsex* : les usagers en difficulté ont souvent du mal à distinguer les deux lorsqu'ils ont un craving. L'usage est rarement continu initialement, et plutôt circonscrit au week-end. Ceci dit, l'intervalle sans consommation peut se réduire rapidement chez certains patients. Il en résulte un trouble d'usage de substance qui va s'installer. Beaucoup de temps consacré à la consommation, usage avec risque physique et maintien du comportement malgré les problèmes physiques et psychiques sont des signes cliniques d'addiction fréquemment retrouvés (Schreck, 2020). La complexité, et différence avec d'autres addictions, réside dans la composante comportementale sexuelle. L'usager consomme initialement les produits comme support à une activité sexuelle. Chez les usagers problématiques, l'activité sexuelle devient un prétexte à la consommation de produits, et c'est l'envie de consommer qui prend le pas sur l'aspect sexuel. Chez certains, des comportements de dépendance aux produits vont apparaître : consommation le matin, pour limiter les effets du sevrage et tout cela complètement déconnecté d'une activité sexuelle, par ailleurs devenue inexistante.

Ces effets liés aux substances utilisées dans le *chemsex* sont à différencier des troubles psychiatriques comorbides, potentiellement présents avant la pratique du *chemsex*.

Double diagnostics et *chemsex*

Parmi les patients demandeurs de soins, la pratique du *chemsex* est très souvent associée à des troubles psychiques. Ces derniers sont variés, et malheureusement trop peu étudiés. De plus, la plupart des études portent sur la prise de méthamphétamine et non les cathinones, ce qui limite l'inférence de ces résultats au contexte clinique français. Dans la consultation spécialisée de l'hôpital Saint-Antoine, 82 % des patients ont une comorbidité psychiatrique (Blanc, 2023).

Troubles dépressifs

Il existe une prévalence importante, quoique variable, de diagnostics d'épisodes dépressifs parmi les personnes pratiquant le *chemsex*. Entre 12 et 50 % des *chemsexuels* présentent un diagnostic clinique d'épisode dépressif (Hampel, 2019 ; Sewell, 2017 ; Sewell, 2019). Il faut préciser que la population de comparaison, les HSH ayant des conduites sexuelles à risque, mais sans troubles d'usage de psychotropes à visée sexuelle, présente un risque de dépression élevé. Ainsi, cela concerne 35 % des hommes ne consommant pas dans l'étude de Hampel *et al.*, ce qui est plus que dans la population générale. Les HSH atteints d'épisode dépressif sont plus à risque d'avoir une pratique du *chemsex* (Hampel, 2019 ; Sewell, 2017 ; Sewell, 2019).

En consultation, on note que souvent le début de la consommation va se faire lors d'un épisode dépressif ou du moins un événement de vie négatif (deuil, rupture, perte d'emploi...). Cet épisode dépressif n'est fréquemment pas pris en charge, et le lien avec le début des consommations semble occulté par le patient lui-même. Une fois l'addiction installée, il n'est pas toujours évident de caractériser l'épisode dépressif, notamment lorsque les consommations sont rapprochées. La présentation clinique est alors marquée par une alternance de session d'usage et de descentes, rendant l'évaluation psychiatrique complexe en l'absence de sevrage. On peut cependant retrouver des marqueurs de détresse psychique précédant la pratique du *chemsex* : antécédent personnel ou familial de trouble psychique ou de tentative de suicide par exemple. Un antécédent d'épisode dépressif expose ainsi à plus de risque de développer un trouble d'usage de substances sexualisé (Pufall, 2019).

Trouble anxieux

Entre 10 et 20 % des patients ayant des conduites de *chemsex* ont un trouble anxieux généralisé (Sewell, 2017 ; Sewell, 2019). La consommation de substance est utilisée comme anxiolytique, vis-à-vis de l'activité sexuelle, source d'angoisses de performances. Une vision normative de la notion de plaisir, nourrie par des standards éloignés de la physiologie, alimente cette anxiété. À titre d'exemple, un rapport sexuel d'une dizaine de minutes sera considéré comme très court en comparaison avec un plan durant des dizaines d'heures lors du *chemsex*. Il est alors souvent utile de confronter ces représentations avec des données scientifiques. On retrouve également une mésestime de soi et altération de l'image corporelle chez beaucoup de patients consultants. Chez certains, il existe un authentique syndrome dysmorphophobique, centré sur une silhouette jamais assez musculeuse ou la taille du sexe. Le *chemsex* est alors un moyen de lutter contre l'anxiété liée à l'apparence corporelle.

Autres troubles psychiatriques

Il n'existe pas d'étude de grande ampleur permettant d'établir une cartographie fine des autres troubles psychiatriques. Comme souvent dans les troubles d'usages liés aux substances, la comorbidité avec le trouble hyperactif avec déficit attentionnel n'est pas rare, d'autant plus qu'il est sous-diagnostiqué chez l'adulte. Le diagnostic et le traitement améliorent souvent le fonctionnement et une mise à distance des consommations (Garcia-Fuentes, 2022). Parmi les HSH dépendants à la métamphétamine, Shoptaw et al ont retrouvé environ 5 % de patients atteints de trouble bipolaire type 1 (Shoptaw, 2009). Les tempéraments impulsifs, comme le trouble de la personnalité borderline, semblent également particulièrement vulnérables vis-à-vis du *chemsex*. En effet, tant les aspects relationnels (rencontres en ligne à la recherche de réassurance et comme régulation à une mésestime de soi) que pharmacologiques (besoins d'évasion, lutte contre sentiment de vide interne) prédisposent les personnalités émotionnellement labiles aux ravages du *chemsex*, qui va alors renforcer à son tour des fragilités préexistantes. Bohn *et al.* font état de 11 % de trouble de stress post-traumatique chez les HSH pratiquant le *chemsex* (Bohn, 2020). Ils retrouvent environ deux fois plus d'actes sexuels sans consentement dans le groupe *chemsex*. Lors des sessions de *chemsex*,

la notion de consentement n'est pas toujours respectée. De trop nombreux patients font état de rapports sexuels lorsqu'ils étaient n'étaient pas en état de vigilance, sans leur consentement, par des hommes eux-mêmes sous l'influence de substances. Ces violences sexuelles sont souvent vécues avec honte et culpabilité, et ne font que très rarement l'objet de dépôt de plainte. Une attention particulière aux signes cliniques de psychotraumatisme autour de la sexualité doit être portée systématiquement auprès des personnes pratiquant le *chemsex*. Ce d'autant plus que ces violences peuvent être précédées de violences sexuelles précoces. Dans notre étude, 30 % des patients rapportent ainsi des violences sexuelles dans l'enfance (Blanc, 2023).

Pour toutes ces comorbidités psychiatriques, le dépistage et la prise en charge sont nécessaires. C'est souvent un préalable indispensable à une réduction voire un arrêt de la consommation. Une évaluation psychiatrique, menant parfois à un double suivi, permet une amélioration clinique. *A contrario*, lorsque l'usage problématique du *chemsex* est sévère et ancien, il est parfois impossible d'évaluer les comorbidités, même lorsqu'elle préexiste à la consommation. Un sevrage hospitalier permet alors souvent une évaluation clinique plus fine de la symptomatologie non perturbée par les substances.

Antécédents psychiatriques, vulnérabilités et effets systémiques

Dans notre étude, 67 % des patients avaient déjà consulté un psychiatre avant de venir à la consultation spécialisée, 31 % avaient déjà été hospitalisés en service spécialisé et 24 % avaient déjà fait une tentative de suicide (Blanc, 2023). En consultation, il est évident que ceux pour qui l'accès aux soins est le plus difficile et qui sont le plus à risque d'avoir une trajectoire de consommation allant rapidement vers une dégradation du fonctionnement psychosocial sont parmi ceux ayant des vulnérabilités psychiques. Dans le discours des patients, un rejet lié à l'orientation sexuelle au cours de l'enfance et l'adolescence est souvent très présent, qu'il vienne de l'entourage familial et/ou sous forme de harcèlement scolaire. En cela, les hauts niveaux de marqueurs de mal être retrouvés chez les usagers problématiques de *chemsex* sont à replacer dans le contexte plus général de la santé mentale des personnes minorisées sexuellement. La grande majorité des personnes LGBT+ n'a aucun trouble psychique, mais les LGBT+

sont plus à risque de présenter une vulnérabilité psychique que les personnes hétérosexuelles (Sandfort, 2001). Les hommes homosexuels ont ainsi 3 fois plus de risque de présenter une dépression que les hétérosexuels, et les femmes homosexuelles 4 fois plus de risque d'être atteintes d'addictions. Chez les personnes transgenres, la prévalence de la dépression est entre 30 et 60 % selon les échantillons (Reisner, 2016). Une grande part de cette détresse psychique vient des violences systémiques et interpersonnelles, l'homophobie et la transphobie, dont sont souvent victimes les LGBT+. Avoir été victime de discrimination en raison de l'orientation sexuelle est prédictif de 4 fois plus de troubles psychiques par rapport à ceux qui en sont indemnes (Chakraborty *et al.*, 2016). La théorie du stress minoritaire de Meyer apporte une lecture sociologique en théorisant comment la stigmatisation, le préjudice et la discrimination créent un environnement social stressant et hostile pourvoyeur de troubles psychiques pour les personnes concernées (Meyer, 2003). C'est une clé de compréhension utile face à la clinique du *chemsex*. Dans les parcours de vies des patients consultant pour *chemsex*, on retrouve souvent des antécédents de violences verbales ou physiques liés à l'orientation sexuelle, un rejet familial lié à l'homosexualité et un stress dû au fait de dissimuler sa sexualité.

Du point de vue psychopathologique, les théories de l'attachement apportent un éclairage. L'influence de l'attachement dans le mécanisme d'installation de l'addiction est bien décrite (Hiebler-Ragger & Unterrainer, 2019). Les attachements sécurisés au cours du développement de l'enfant sont associés à la capacité de réguler les émotions de manière autonome et d'établir des relations stables à l'âge adulte. Les études auprès des minorités sexuelles indiquent que l'acceptation de soi est influencée par les interactions avec la famille et les pairs. Cela a un impact significatif sur les styles d'attachement et peut conduire à des niveaux élevés de honte et d'homophobie intériorisée (Cartner, 2022). González-Baeza *et al.* ont démontré que les HSH pratiquant le *chemsex* présentaient plus souvent un style d'attachement insécure et des événements de vie négatifs précoces que le groupe de contrôle (González-Baeza *et al.*, 2023). Dans notre étude, 87 % des patients ont un style d'attachement insécure (38 % anxieux, 24 % craintif et 23 % anxieux) (Blanc, 2023). L'évaluation du style d'attachement et sa prise en compte dans l'approche psychothérapeutique est donc un élément prometteur dans la prise en charge des *chemsexuels*.

Enfin, s'il existe pour le moment peu de données en France sur le sujet, l'expérience clinique les HSH racisés se retrouvent souvent avec un haut niveau de souffrance morale car se trouvant en position de rejet de leur communauté d'origine, mais aussi de discrimination dans le cadre de leurs rencontres sexuelles (notamment à travers le racisme et la fétichisation renforcés par l'usage des applications de rencontre). De même que pour les HSH matures, confrontés à l'âgisme, le *chemsex* apparaît comme un moyen d'accéder à la sexualité, mais peut aussi renforcer un mal-être à travers des expériences de violences et discrimination.

Conclusion

Le *chemsex* est associé à de nombreuses complications psychiques. Cela plaide pour une investigation minutieuse des conséquences psychiques, mais aussi des vulnérabilités préexistantes parmi cette population. L'intérêt du dépistage et de l'évaluation systématique des troubles psychiatriques réside dans l'amélioration des prises en charge. En effet, en présence d'un double diagnostic, l'identification et la prise en charge du trouble co-occurent permettent une amélioration du pronostic global et de la qualité de vie. Enfin, il est nécessaire de prendre en compte les effets systémiques liés à cette souffrance psychique afin de proposer une prise en charge adaptée et multidimensionnelle.

Références

- Bâtisse, A., Grégoire, M., Marillier, M., Fortias, M., Djezzar, S. (2016). Cathinones use in Paris. *L'Encéphale*, 42(4), 354-360.
- Blanc, J. V., Burdairon, J. D., Malandain, L., Ferreri, F., Mouchabac, S., Adrien, V. (2023). Attachment and Mental Health of Men Having Sex with Men Engaging in *Chemsex*: Is Substance Abuse Only the Tip of the Iceberg? *J Homosex.*, Oct 10:1-20. doi: 10.1080/00918369.2023.2266086. Epub ahead of print. PMID: 37815854.
- Bohn, A., Sander, D., Köhler, T., Hees, N., Oswald, F., Scherbaum, N., Deimel, D., Schecke, H. (2020). *Chemsex* and Mental Health of Men Who Have Sex With Men in Germany. *Front Psychiatry*, 11, 542301. doi: 10.3389/fpsy.2020.542301. PMID: 33329083; PMCID: PMC7672155.
- 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.

- Int J Drug Policy*, 26(12), 1171-1176. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.07.013. Epub 2015 Jul 26. PMID: 26298332).
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Weatherburn, P. (2014). *The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth*, Southwark and Lewisham.
- Cartner, C. (2022). The role of attachment in sexualised polydrug use among LGBT+ male *chemsex* users and the impact on neuropsychology: Clinical implications for the use of mentalisation based therapy (MBT). *Journal of Sexual Health Psychology*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.52547/jshp.1.1.1>
- Chakraborty, A., McManus, S., Brugha, T. S., Bebbington, P., King, M. (2011). Mental health of the non-heterosexual population of England. *Br J Psychiatry*, 198(2), 143-148. doi: 10.1192/bjp.bp.110.082271. PMID: 21282785.
- 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 Reduct J*, 13(1), 36.
- Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., Gómez-Arnau, J., Sánchez-Mateos, D. (2016). Severe Psychosis, Drug Dependence, and Hepatitis C Related to Slamming Mephedrone. *Case Rep Psychiatry*, 2016;2016:8379562. doi: 10.1155/2016/8379562. Epub 2016 May 10. PMID: 27247820; PMCID: PMC4877469
- Donnadieu-Rigole, H., Peyrière, H., Benyamina, A., Karila, L. (2020). Complications Related to Sexualized Drug Use: What Can We Learn From Literature? *Front Neurosci.*, 14, 548704. doi:10.3389/fnins.2020.548704. PMID: 33328844; PMCID: PMC7732585.
- Evers, Y. J., Hoebe, C. J. P. A., Dukers-Muijters, N. H. T. M., Kampman, C. J. G., Kuizenga-Wessel, S., Shilue, D., Bakker, N. C. M., Schamp, S. M. A. A., Van Buel, H., Van Der Meijden, W. C. J. P. M., Van Liere, G. A. F. S. (2020). Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing *chemsex* – a cross-sectional study in the Netherlands. *Prev Med Rep.*, 18, 101074. doi: 10.1016/j.pmedr.2020.101074. PMID: 32226730; PMCID: PMC7093829.
- García-Fuentes, D., Fernández-Fernández, E. P., Planet Nielsen, N., Batlle De Santiago, E., Giné-Servén, E., Cañete Crespillo, J. (2022). Attempted suicide with intravenous methamphetamine and *chemsex*. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*, 51(1), 76-80. English, Spanish. doi:10.1016/j.rcpeng.2020.09.002. Epub 2022 Feb 21. PMID: 35210209.
- Glynn, R. W., Byrne, N., O'Dea, S., Shanley, A., Codd, M., Keenan, E. *et al.* (2018). *Chemsex*, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *Int J Drug Policy*, 52, 9-15.
- González-Baeza, A., Barrio-Fernández, P., Curto-Ramos, J., Ibaguchi, L., Dolengevich-Segal, H., Cano-Smith, J., Rúa-Cebrián, G., García-Carrillo de Albornoz, A., Kessel, D. (2023). Understanding attachment, emotional regulation, and childhood adversity and their link to *Chemsex*. *Substance Use & Misuse*, 58(1), 94-102. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2148482>
- Hampel, B., Kusejko, K., Kouyos, R. D., Böni, J., Flepp, M., Stöckle, M., Conen, A., Béguelin, C., Künzler-Heule, P., Nicca, D., Schmidt, A. J., Nguyen, H.,

- Delaloye, J., Rougemont, M., Bernasconi, E., Rauch, A., Günthard, H. F., Braun, D. L., Fehr, J., Swiss HIV Cohort Study group (2020). *Chemsex* drugs on the rise: a longitudinal analysis of the Swiss HIV Cohort Study from 2007 to 2017. *HIV Med.*, 21(4), 228-239. doi: 10.1111/hiv.12821. Epub 2019 Dec 18. PMID: 31849182
- Hiebler-Ragger, M., Unterrainer, H.-F. (2019). The role of attachment in poly-drug use disorder: An overview of the literature, recent findings and clinical implications. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 579. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.0057>
- Lea, T., Reynolds, R., De Wit, J. (2011). Mephedrone use among same-sex attracted young people in Sydney, Australia. *Drug and Alcohol Review*, 30(4), 438-440. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00288.x.
- Melnik, T., Althof, S., Atallah, Á. N., Puga, M. E. D. S., Glina, S., Riera, R. (2011). Psychosocial interventions for premature ejaculation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No. CD008195. doi:10.1002/14651858.CD008195.pub2. Accessed 01 December 2020.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.*, 129(5), 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674. PMID: 12956539; PMCID: PMC2072932.
- Pufall, E. L., Kall, M., Shahmanesh, M., Nardone, A., Gilson, R., Delpech, V., Ward, H. (2018). Positive Voices study group. Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Med.*, 19(4), 261-270. doi:10.1111/hiv.12574. Epub 2018 Jan 24. PMID: 29368440; PMCID: PMC5900961.)
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*, 388(10042), 412-436. doi:10.1016/S0140-6736(16)00684-X. Epub 2016 Jun 17. PMID: 27323919; PMCID: PMC7035595
- Sandfort, T. G., de Graaf, R., Bijl, R. V., Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Arch Gen Psychiatry*, 58(1), 85-91.
- 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. *Front Psychiatry*, 11, 705. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00705. PMID: 32792999; PMCID: PMC7387686.
- Sewell, J., Cambiano, V., Speakman, A., Lampe, F. C., Phillips, A., Stuart, D., Gilson, R., Asboe, D., Nwokolo, N., Clarke, A., Rodger, A. J. (2019). Changes in chemsex and sexual behaviour over time, among a cohort of MSM in London and Brighton: Findings from the AURAH2 study. *Int J Drug Policy*, 68, 54-61. doi:10.1016/j.drugpo.2019.03.021. Epub 2019 Apr 15. PMID: 30999243
- Sewell, J., Miltz, A., Lampe, F. C. *et al.* (2017). Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J Drug Policy*, 43, 33-43. 10.1016/j.drugpo.2017.01.001

- Shoptaw, S., Peck, J., Reback, C. J., Rotheram-Fuller, E. (2003). Psychiatric and substance dependence comorbidities, sexually transmitted diseases, and risk behaviors among methamphetamine-dependent gay and bisexual men seeking outpatient drug abuse treatment. *Comparative Study J Psychoactive Drugs*, 35 Suppl 1, 161-168. doi:0.1080/02791072.2003.10400511. PMID: 12825759
- Thornton, S. L., Gerona, R. R., Tomaszewski, C. A. (2012). Psychosis from a bath salt product containing flephedrone and MDPV with serum, urine, and product quantification. *Journal of Medical Toxicology*, 8(3), 310-313. doi:10.1007/s13181-012-0232-4.
- Urban, M., Rudecki, T., Wróblewski, D., Rabe-Jabłońska, J. (2011). Psychotic disorders related with chronic use of mephedrone. Case report. *Psychiatria Polska*, 45(3), 431-437 CID: PMC7732585.

Sevrages GBL en milieu hospitalier : un retour d'expérience

Going through GBL withdrawal in hospital: Some case studies

Dorian Rollet

Département de psychiatrie et de médecine addictologique, Hôpital
Lariboisière Fernand-Widal, APHP, GHU APHP.Nord, Paris F-75010, France
Inserm UMRS-1144, Université de Paris Cité, Paris F-75006, France
dorian.rollet@aphp.fr

Melody Moya

Cliniques des Épinettes, Paris, France

Julien Azuar

Département de psychiatrie et de médecine addictologique, Hôpital
Lariboisière Fernand-Widal, APHP, GHU APHP.Nord, Paris F-75010, France
Inserm UMRS-1144, Université de Paris Cité, Paris F-75006, France
FHU NOR-SUD, GHU APHP.Nord, Paris F-75010, France

Frank Questel

Département de psychiatrie et de médecine addictologique, Hôpital
Lariboisière Fernand-Widal, APHP, GHU APHP.Nord, Paris F-75010, France
Inserm UMRS-1144, Université de Paris Cité, Paris F-75006, France
FHU NOR-SUD, GHU APHP.Nord, Paris F-75010, France

Romain Icick

Département de psychiatrie et de médecine addictologique, Hôpital
Lariboisière Fernand-Widal, APHP, GHU APHP.Nord, Paris F-75010, France
Inserm UMRS-1144, Université de Paris Cité, Paris F-75006, France
FHU NOR-SUD, GHU APHP.Nord, Paris F-75010, France

Résumé : *Introduction. Le GBL ou gammabutyrolactone est un produit psychotrope bon marché utilisé dans le cadre du chemsex et des milieux festifs techno dont l'usage a remplacé le GHB ces dernières années. Celui-ci présente un risque de dépendance et de sevrage physique. Méthodes. Nous présentons une série de cas de patients hospitalisés pour sevrage basée sur les données de soins*

courants du service d'addictologie de l'hôpital Fernand-Widal. Sont investiguées les caractéristiques sociodémographiques des usagers, leur usage du GBL, ainsi que leurs comorbidités. Les sevrages ainsi que leurs stratégies de gestion médicamenteuse sont rapportés. Résultats. Sur la période étudiée, nous avons relevé 31 sujets hospitalisés pour sevrage en GBL pour au total 52 hospitalisations. Le nombre de demandes de sevrages résidentiels en GBL est en augmentation. Dans l'échantillon, la part des hommes ayant des relations sexuelles est de 71,0 %, et 76,4 % des usagers présentent des comorbidités psychiatriques. Les consommations de GBL sont quotidiennes dans 77,4 % des cas, nécessitent souvent d'importantes doses de benzodiazépines et sont à risque de complications, en particulier d'épisodes confusionnels. Conclusion. Le nombre de demandes de sevrages hospitaliers en GBL est en augmentation au cours des dernières années. Lors du sevrage, les benzodiazépines sont le traitement de référence dans cette indication. D'autres études sont nécessaires pour évaluer les possibilités de prévention du delirium pendant le sevrage.

Abstract: Introduction. GBL or gamma-butyrolactone is a cheap psychotropic product used in chemsex and at techno parties, where it has replaced GHB in recent years. It can lead to dependence and physical withdrawal symptoms. Methods: We present a series of case studies of patients hospitalized for withdrawal, using routine care data from the addictology department at Fernand-Widal hospital. We examine the sociodemographic characteristics of users, their use of GBL, and their comorbidities. Moreover, we describe their withdrawal symptoms and the drug-based strategies used to manage them. Results. Over the study period, we recorded thirty-one subjects hospitalized for GBL withdrawal, out of a total of fifty-two hospitalizations in the department. The number of requests for in-patient GBL withdrawal treatment is increasing. In the sample, the proportion of men having sexual relations was 71 percent and 76.4 percent of users had psychiatric comorbidities. GBL use was daily in 77.4 percent of cases, often requiring large doses of benzodiazepines, and was associated with a risk of complications, particularly episodes of confusion. Conclusion. The number of requests for in-patient GBL withdrawal treatment has increased in recent years. During weaning, benzodiazepines are the reference treatment in this indication. Further studies are needed to assess the possibilities for preventing delirium during withdrawal.

Mots-clés : *GBL, chemsex, hospitalisation, sevrage ; études de cas, prise en charge, traitement*

Keywords: *GBL, chemsex, hospitalization, withdrawal; case studies, management, treatment*

Introduction

Le GHB ou gammahydroxybutyrate est un produit psychoactif largement utilisé dans les milieux festifs techno (1) et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) pratiquant le chemsex (2). Il présente des effets mixtes euphorisants, stimulants, de désinhibition et à haute dose sédatifs, permettant ainsi de contrer les effets d'autres psychostimulants comme la cocaïne ou les cathinones (3). Acide gras naturellement produit par le cerveau, c'est un inhibiteur du système nerveux central structurellement proche du GABA agissant plus particulièrement sur le sous-type -b (4) et indirectement sur le système dopaminergique (5). Synthétisé pour la première fois en 1874, il est indiqué dans le traitement de la narcolepsie-cataplexie sous le nom de Xyrem® et est classé sur la liste I des stupéfiants depuis 1999 (6). Outre le risque d'utilisation à des fins de soumission chimique, son usage comporte plusieurs dangers : en aigu, il s'agit principalement d'un risque d'overdose lié à sa marge d'utilisation étroite (7), en chronique, les usagers font face à un risque accru de développer une dépendance (1).

Depuis l'interdiction du GHB à la vente, les usagers consomment dans l'immense majorité des cas du Gammabutyrolactone (GBL), un solvant utilisé notamment dans l'industrie de l'automobile et de la peinture (8, 9). Celui-ci présente, en outre, un faible coût et est facilement disponible sur internet, bien qu'il ait été à son tour visé par un arrêté l'interdisant à la vente au public (10). Après absorption, il est rapidement métabolisé en GHB par des lactonases hépatiques et plasmatiques et procure des effets similaires (11). Après un pic plasmatique un peu plus rapide que celui du GHB (12), estimé autour de 30 min, il présente une demi-vie courte entraînant chez les usagers des prises itératives toutes les 1h30-2h.

La fréquence de l'usage du GHB/GBL tendrait à augmenter (13), visible principalement par une demande de soins accrue dans

les services d'urgence (14) et de réanimation (15). Les demandes de prise en charge addictologiques pour les troubles de l'usage liés au GBL augmentent, bien que nous n'ayons pas connaissance de littérature documentant cette tendance.

Ces sevrages sont caractérisés par une hyperactivité glutamatergique et sont considérés comme similaires à ceux de l'alcool et des benzodiazépines, présentant ainsi des risques d'épilepsie et de confusion (16, 17). Plusieurs auteurs rapportent des séries de cas de sevrages résidentiels en GHB, utilisant généralement des benzodiazépines pour la gestion des symptômes de manque (18).

Nous présentons ici une série de cas de sevrages GBL en milieu hospitalier et décrivons les caractéristiques des sujets, de leur usage du GBL ainsi que le déroulement du sevrage.

Méthodes

Procédure de soins

La série de cas rapportée ici est basée sur les données de soins courants de l'unité fonctionnelle d'hospitalisation d'addictologie de l'hôpital Fernand-Widal. Il s'agit d'une unité de sevrage pour les personnes présentant des addictions avec produit, où sont prises en compte les comorbidités psychiatriques et médicales générales. L'équipe est constituée de médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues, psychomotriciens, travailleurs sociaux et éducateurs sportifs. Un programme d'activités thérapeutiques groupales y est proposé, en parallèle de la prise en charge individuelle. Les contrats de soins sont d'en moyenne 14 jours. La non-opposition des patients pour l'utilisation de leurs données de soins courants hospitaliers pour la recherche est documentée.

Lors des sevrages en GBL, la fréquence d'administration de benzodiazépines était déterminée par évaluation clinique itérative par les médecins du service, en l'absence d'échelle spécifique ou validée d'évaluation du sevrage pour le GHB/GBL (18). Par défaut, pour ce type de sevrage il est prévu dans les protocoles de notre service d'utiliser préférentiellement du diazépam, qui a une demi-vie longue et un Tmax (temps d'atteinte de la concentration maximale) court, adaptés à une titration en phase aiguë (19, 20). Les patients rapportant des prises quotidiennes de GHB se voyaient donc prescrire du

diazépam à l'arrivée, dont la posologie était ajustée en fonction des paramètres cliniques suivants : anxiété, craving, agitation, tremblements, sueurs, HTA, tachycardie et fréquence respiratoire. En cas d'insuffisance respiratoire ou hépatique, la molécule sélectionnée pouvait être l'oxazépam.

Recueil des données

Nous avons analysé les dossiers consécutifs de patients sur la période allant de janvier 2018 à avril 2024 et sélectionné les dossiers dans les archives du service grâce au système de codage PMSI, qui identifie les diagnostics selon la classification internationale des maladies, version 10 (CIM10). Nous avons considéré, pour l'analyse, les codes suivants : *troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils : syndrome de dépendance* (F182), *troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils : utilisation nocive pour la santé* (F181), *troubles mentaux et du comportement liés à d'autres stimulants : syndrome de dépendance* (F152), *troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques : syndrome de dépendance* (F132), *troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques : utilisation nocive pour la santé* (F131), et *rééducation des drogués et après abus de médicaments* (Z503).

Les patients étant quasi systématiquement usagers de GBL plutôt que de GHB, nous avons considéré, a priori, qu'il s'agissait de sevrages en GBL, sauf si la mention contraire était spécifiée dans le dossier. Nous avons inclus les patients présentant un trouble lié à l'usage du GBL actuel, et pour lesquels celui-ci faisait partie du motif principal ou secondaire d'hospitalisation. Nous avons consulté les dossiers médicaux et infirmiers des patients, et pour ceux sélectionnés, examiné les historiques de délivrance des médicaments à l'aide du logiciel de prescription Phedra. Les données étaient anonymisées avant analyse statistique.

Analyse

Pour évaluer l'évolution des demandes de soins pour sevrage en GBL, nous avons relevé le nombre d'hospitalisations total par année, ainsi que le nombre d'hospitalisations par sujet. Pour chacun des sujets, nous avons recueilli les caractéristiques sociodémographiques, leurs

antécédents psychiatriques, ainsi que leurs caractéristiques d'usage de produits psychoactifs. Les données suivantes étaient évaluées : âge, genre, situation professionnelle, mode d'hébergement, orientation sexuelle, situation affective, statut sérologique vis-à-vis du VIH, antécédents psychiatriques, produits consommés et pratique du slam (injections intraveineuses) le cas échéant. Pour l'usage de GBL, nous avons relevé l'ancienneté estimée des consommations, en années, ainsi que les quantités journalières consommées les semaines précédant l'admission. Bien souvent, ces quantités étaient difficiles à rapporter pour les usagers, aussi, nous avons estimé ces quantités soit par une valeur unique, soit sous forme d'intervalle dont était ensuite calculée la moyenne. Enfin, nous avons relevé les données concernant leurs hospitalisations : produits motivant chaque hospitalisation, durée de celle-ci, mode d'admission, mode de sortie.

Nous avons recensé les signes cliniques des sevrages constatés, ainsi que les complications des sevrages, rapportés au nombre total d'hospitalisations. Enfin, nous avons évalué les aspects liés aux stratégies médicamenteuses : type de benzodiazépine utilisée, posologie journalière maximale. Chaque sujet n'était alors inclus qu'une fois, en prenant en compte, pour chacun d'entre eux, la première hospitalisation complète si possible, c'est-à-dire s'achevant, soit par un retour à domicile, soit par un transfert en post-cure.

Statistiques

L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel Excel®. Les données descriptives des sujets sont présentées sous forme de tableaux, en nombres et pourcentages pour les variables catégorielles, et sous forme de moyenne, de médiane et d'écarts interquartiles pour les variables continues.

Résultats

Pendant la période allant de janvier 2018 à avril 2024, nous avons identifié 31 sujets hospitalisés pour sevrage en GBL représentant 52 hospitalisations.

Caractéristiques des sujets

Les sujets avaient un âge moyen de 34,4 ans et étaient composés à 87,1 % d'hommes (n=27). En termes d'hébergement, 77,4 % (n=24) avaient leur propre hébergement, 16,1 % (n=5) vivaient en famille, et 6,5 % (n=2) vivaient dans un hébergement provisoire ou étaient sans domicile déterminé. Sur le plan professionnel, 35,5 % (n=11) étaient en activité. 71 % (n=22) se définissaient comme homosexuels, 25,8 % (n=8) étaient en couple, 38,7 % (n=12) vivaient avec le VIH. Sur le plan psychique, 76,4 % (n=26) d'entre eux présentaient un antécédent psychiatrique associé : 22,6 % (n=7) une symptomatologie dépressive, 16,1 % (n=5) un trouble anxieux, 25,8 % (n=8) un trouble de personnalité dont 12,9 % (n=4) borderline. 19,4 % (n=6) présentaient un trouble déficit attentionnel/hyperactivité, 9,7 % (n=3) avaient un antécédent d'épisode psychotique transitoire et un patient (3,2 %) un trouble bipolaire. L'ensemble des caractéristiques des sujets sont présentées sur le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques des sujets

Caractéristiques des sujets (n=31)	
Âge : n (%)	
Moyenne	34,2
Médiane	33
Q1 - Q3	28 - 35
Min - max	24 - 50
Genre : n (%)	
Hommes	27 (87,1)
Femmes	4 (12,9)
Situation professionnelle : n (%)	
En activité	11 (35,5)
Étudiant	1 (3,2)
Sans activité	19 (61,2)
Hébergement : n (%)	
Personnel	24 (77,4)
En famille	5 (16,1)
hébergement provisoire ou SDF	2 (6,5)
Orientation sexuelle : n (%)	
Hétérosexuel	7 (22,6)

Caractéristiques des sujets (n=31)	
Homosexuel	22 (71)
HSH non homosexuel	2 (6,5)
Situation affective : n (%)	
Célibataire	23 (74,2)
En couple	8 (25,8)
Séropositivité VIH : n (%)	12 (38,7)
Antécédents psychiatriques : n (%)	
Total	26 (76,4)
Dépression	7 (22,6)
Trouble anxieux	5 (16,1)
Trouble bipolaire	1 (3,2)
Trouble de personnalité	8 (25,8)
Trouble Borderline	4 (12,9)
État de stress post-traumatique	2 (6,5)
TDAH	6 (19,4)
Épisode psychotique transitoire	3 (9,7)

Caractéristiques des consommations

Les consommations de GBL, celles-ci évoluaient, en moyenne, depuis 5 années et 77,4 % (n=24/31) des patients présentaient des consommations quotidiennes au moment de l'admission. En termes de co-consommations, 80,6 % (n=25) étaient également usagers de cathinones, 41,9 % (n=13) de méthamphétamine et 32,3 % (n=10) de cocaïne. 22,6 % (n=7) utilisaient de l'alcool, 16,1 % (n=5) du cannabis et 36,0 % (n=9) des benzodiazépines. L'ensemble des caractéristiques de consommations des sujets sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2. Caractéristiques des consommations

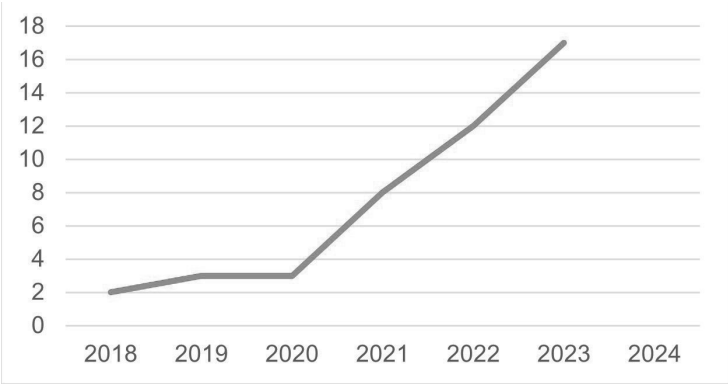
Caractéristiques des consommations (n=31)	
Ancienneté des consommations de GBL (années) : moyenne	4,93
Fréquence des consommations : n (%)	
Non quotidien	6 (19,4)
Quotidien	24 (77,4)

Caractéristiques des consommations (n=31)	
< 10 ml/j	3 (9,7)
10 - 20ml/J	6 (19,4)
20 - 30 ml/j	7 (22,6)
30- 40 ml/j	5 (16,1)
40ml/j et plus	3 (9,7)
Autres drogues utilisées : n (%)	
Cathinones	25 (80,6)
Méthamphétamine	13 (41,9)
Cocaïne	10 (32,3)
Alcool	7 (22,6)
Cannabis	5 (16,1)
Benzodiazépines	9 (36,0)

Données sur le total des hospitalisations

Le nombre d’hospitalisations recensé a globalement augmenté entre 2018 et 2023, passant de 2 à 17 admissions par an. Les données de 2024 sont partiellement disponibles, car évaluées sur la période allant de janvier à avril : on compte 7 hospitalisations. Les résultats sont présentés sur la figure 1.

Figure 1. Nombre d’hospitalisations par an incluant un sevrage de GBL/GHB dans les motifs d’admission



Les hospitalisations étaient programmées dans 86,5 % (n=45) des cas, ou faisaient suite à un transfert d'un autre service (urgences, psychiatrie, réanimation) dans 13,5 % (n=9) des cas. Elles duraient en moyenne 13,3 jours. 59,6 % (n=29) aboutissaient à un sevrage effectif, dont 50 % avec retour à domicile et 9,6 % avec transfert en post-cure. Les caractéristiques des séjours sont présentées sur le tableau 3.

Tableau 3. Caractéristique des séjours des patients hospitalisés pour sevrage GBL/GHB

Caractéristique des séjours (n=52)	
Durée d'hospitalisation (en jours)	
Moyenne	13,3
Médiane	13
Q1- Q4	9,5 - 13,5
Min – Max	56
Mode d'admission : n (%)	
Programmé	45 (86,5)
Transfert de réanimation	3 (5,8)
Transfert des Urgences	2 (3,8)
Transfert de Psychiatrie	2 (3,8)
Mode de sortie : n (%)	
Retour à domicile	26 (50)
Post-cure	5 (9,6)
Réanimation	1 (1,9)
Sortie anticipée	20 (38,5)

Stratégies de gestion médicamenteuses du sevrage

Les données disponibles pour cette partie concernent 30 patients. À propos des benzodiazépines utilisées pour le sevrage, nous avons utilisé du diazépam dans 90 % des cas, de l'oxazépam dans 3,3 % et du prazépam dans 3,3 % des cas. Les posologies maximales journalières administrées allaient de 0 à 210 mg/j et étaient en moyenne de 92,5 mg/24h.

Tableau 4. Stratégies de gestion médicamenteuse du sevrage GHB/GBL

Stratégies de gestion médicamenteuse (n=30)	
Type de benzodiazépine : n (%)	
Diazépam	27 (90,0)
Seresta	1 (3,3)
Lysanxia	1 (3,3)
Posologie maximale de benzodiazépines (eq. Diazépam, en mg/24h) : n (%)	
Moyenne	92,5
Médiane	70
Q1 - Q3	52,5 -127,5
Min - max	0 - 210

Signes de sevrage

Sur le plan des signes de sevrage, nous avons constaté des signes de sevrage physique associant tachycardie, HTA, sueurs, tremblements, ainsi que des signes neuropsychiques de type anxiété, agitation, craving, irritabilité, labilité émotionnelle et/ou insomnie. Certains patients ont également présenté des signes de sevrage atypiques : paresthésies (n=2), prurit (n=1), bégaiement (n=1), dysarthrie (n=1).

En termes de complications, sur l'ensemble des hospitalisations, une confusion était survenue dans 17,3 % des cas (n=9), des hallucinations dans 5,8 % des cas (n=3), dont deux tableaux cliniques de delirium tremens. Un patient avait présenté un épisode de rétention aiguë d'urine et un patient de la fièvre sans que d'autres causes soient retrouvées.

Tableau 5. Complications des sevrages

Complications (n=52)	
Confusion : n (%)	9 (17,3)
dont Delirium tremens	2 (3,8)
Hallucinations : n (%)	3 (5,8)
dont Delirium tremens	2 (3,8)
Crise d'épilepsie : n (%)	0
Rétention aiguë d'urine : n (%)	1 (1,9)
Fièvre : n (%)	1 (1,9)

Discussion

Notre étude a permis de caractériser 31 patients usagers de GBL (et souffrant d'une dépendance) hospitalisés pour sevrage en addictologie. Il s'agit à notre connaissance de la première en France sur cette population, allant dans le sens d'une augmentation possible de la demande de soins pour des troubles liés au GBL.

Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, la population présentant un trouble de l'usage du GBL était plutôt jeune, avec un âge moyen de 34,4 ans et en grande majorité HSH (77,5 %). Une part non négligeable de l'échantillon était hétérosexuelle (22,6 %) ou féminine (12,9 %). Nos données semblent concorder avec celles issues de la littérature : dans les rares études observationnelles chez les patients consultant aux urgences (14) et chez le public hospitalisé pour sevrage (17, 21-23) une part non négligeable du public était féminin, allant de 27,7% à 50% des usagers. En population générale, la prévalence d'usage dans la dernière année reste faible, de l'ordre de 0,05 % et ce sont surtout les publics HSH qui sont concernés, selon l'étude américaine 2015-2020 du National Survey of Drug Use and Health (24). Seulement un tiers des patients avaient une activité professionnelle, suggérant une précarité et une relative désinsertion. Ces données concordent avec les résultats de l'étude de P. Neu *et al.*, évaluant également les caractéristiques de patients hospitalisés pour sevrage en GBL ; dans leur échantillon, 33,3 % seulement étaient en activité (21).

Comorbidités

Dans notre échantillon, la prévalence du VIH était de 39 %. Alors que nous n'avons pas relevé d'autre étude évaluant cette comorbidité chez les usagers de GBL, celle-ci doit faire porter l'attention des cliniciens sur le risque d'interaction avec les traitements antirétroviraux, en particulier les inhibiteurs de protéases. Il a en effet été démontré que le ritonavir et le saquinavir potentialisent les effets du GHB/GBL par une inhibition du cytochrome p450 (25, 26).

Sur le plan psychiatrique, nous observons également une forte proportion de comorbidités, de plus des trois quarts des sujets, bien

que l'absence de passation d'échelles psychométriques standardisées entraîne un risque de sur/sous-diagnostic. Cette prévalence était investiguée dans l'étude de R.M. Kamal *et al.*, qui témoignait d'un taux de comorbidités psychiatriques similaire de 78 %, incluant en premier lieu des troubles anxieux et dépressifs (23).

Usage du GBL

Notre échantillon comportait un fort taux de polyconsommateurs, en particulier de cathinones (80,6 %) ce qui concorde avec les données disponibles. Dans une revue anglaise sur les décès liés au GHB/GBL, 90 % des usagers étaient polyconsommateurs (27). Aussi, 77,4 % des sujets étaient usagers quotidiens de GHB/GBL, chiffre similaire au 75 % rapportés dans l'étude de Cappetta *et al.* (22). Dans notre population, nous n'avons pas relevé le caractère sexualisé ou non des consommations car la frontière des pratiques chemsex était parfois floue. Pour les femmes incluses, les consommations pouvaient être sexualisées, sans que ce soit l'essentiel de leurs habitudes. Ces aspects sexuels semblent être tout de même au cœur des usages de GBL, qui jouerait un rôle majeur dans les expériences d'intimité et de connexion associées au chemsex (28).

Notre étude témoignait en outre d'une augmentation du recours aux soins pour cette dépendance, comme montré dans les études au sein de services d'urgence (14) et de réanimation (15). Bien que la prévalence de cet usage en population générale ne soit pas documentée, son augmentation est visible à travers par exemple l'augmentation des concentrations de GHB/GBL dans les eaux usées en Finlande et en Norvège (29). Cette tendance pourrait avoir été favorisée par la pandémie Covid-19, comme évoqué dans l'étude de Bendau *et al.*, où le GBL était l'une des substances dont l'usage avait le plus augmenté pendant cette période (30). Cette augmentation de l'usage de GBL pendant la pandémie pourrait s'expliquer par son faible coût, paramètre majeur dans le choix du produit, alors que les taux de chômage et les préoccupations financières étaient à leur apogée (31), mais aussi par les contextes d'usage de drogue qui ont évolué ; l'usage solitaire ayant particulièrement augmenté (30, 32). Le GBL pourrait en particulier être utilisé avec la recherche d'effet anxiolytique par les usagers, à la manière de l'alcool. Dans une étude comparant les caractéristiques des usagers réguliers de GBL avec et sans coma, il apparaît que ceux expérimentant des comas l'utilisaient

plutôt de manière solitaire au domicile (33). Dans notre échantillon, nombreux étaient les sujets rapportant un surdosage volontaire au coucher, à visée hypnotique. Cet usage hypnotique est rapporté par d'autres auteurs, bien que les vertus sur le sommeil soient incertaines (34). Aussi, le GHB est associé à des performances psychomotrices négatives liées aux effets dépresseurs sur le système nerveux central, associant altérations visuelles, somnolence, ataxie, amnésie et troubles cognitifs (34, 35). Ces aspects auraient pu être également investigués dans notre échantillon.

Stratégies de gestion médicamenteuse

Dans notre population, le diazépam a été utilisé pour le sevrage en GBL. Ses sevrages ont parfois nécessité d'importantes doses de benzodiazépines. Bien que ce soit la stratégie généralement adoptée dans la littérature (16, 18) en l'absence de recommandations, celle-ci peut être discutée en plusieurs points. D'une part, nous relevons une part importante d'épisodes confusionnels (18,3 %) dont 3,8 % de delirium tremens. Ce type de complications est décrit par plusieurs auteurs (16, 21, 36). En effet, les benzodiazépines agissent sur les sous-unités GABA-a alors que les effets du GHB sont principalement médiés par les voies GABA-b, entraînant une gestion possiblement incomplète des signes de sevrage (17, 36). En conséquence, il semblerait logique de vouloir utiliser un analogue GABA-b tel que le baclofène. En effet, dans la littérature, des auteurs rapportent une efficacité du Baclofène dans la gestion du sevrage en GHB/GBL en phase aiguë (37, 38), mais également dans la prévention de la rechute (39).

Des expérimentations de sevrage en GHB/GBL à l'aide de GHB pharmaceutique ont également été menées, en particulier aux Pays-Bas. Malgré des résultats témoignant d'un meilleur contrôle des signes de sevrage par rapport aux benzodiazépines et d'une diminution des événements indésirables (36) (diminution du taux de delirium de 20 à 2,5 %), un tel protocole serait limité par l'indisponibilité du médicament en France, mais aussi par des difficultés à monitorer le sevrage en milieu résidentiel ouvert. Les auteurs eux-mêmes discutent ces stratégies du fait du haut taux de rechutes chez ce type d'usagers (36, 40).

Conclusion

Les demandes de soins pour sevrage résidentiel en GBL ont augmenté au cours des dernières années. Malgré une forte proportion de patients HSH, le GBL est également utilisé par des hommes non-HSH et des femmes hors contexte de chemsex. La population dépendante au GBL est généralement polyconsommatrice et présente une forte prévalence de comorbidités psychiatriques. Les sevrages nécessitent souvent d'importantes doses de benzodiazépines et sont à risque de complications. Des recherches supplémentaires seraient nécessaires afin d'améliorer leur prise en charge et formuler des recommandations sur des bases solides.

Références

- Gonzalez, A., Nutt, D. J. (2005). Gamma hydroxy butyrate abuse and dependency. *J Psychopharmacol Oxf Engl.*, 19(2), 195-204.
- Hammoud, M. A., Bourne, A., Maher, L., Jin, F., Haire, B., Lea, T. *et al.* (2018). Intensive sex partying with gamma-hydroxybutyrate: factors associated with using gamma-hydroxybutyrate for chemsex among Australian gay and bisexual men – results from the Flux Study. *Sex Health*, 15(2), 123-134.
- Miotto, K., Darakjian, J., Basch, J., Murray, S., Zogg, J., Rawson, R. (2001). Gamma-hydroxybutyric acid: patterns of use, effects and withdrawal. *Am J Addict.*, 10(3), 232-241.
- Struys, E. A., Verhoeven, N. M., Jansen, E. E. W., Brink, H. J. ten, Gupta, M., Burlingame, T. G. *et al.* (2006). Metabolism of γ -hydroxybutyrate to d-2-hydroxyglutarate in mammals: further evidence for d-2-hydroxyglutarate trans-hydrogenase. *Metab – Clin Exp.* 1, 55(3), 353-358.
- Thai, D., Dyer, J. E., Jacob, P., Haller, C. A. (2007). Clinical Pharmacology of 1,4-Butanediol and Gamma-hydroxybutyrate After Oral 1,4-Butanediol Administration to Healthy Volunteers. *Clin Pharmacol Ther.*, 81(2), 178-184.
- Décret n° 99-249 du 31 mars 1999 relatif aux substances vénéneuses et à l'organisation de l'évaluation de la pharmacodépendance, modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) – Légifrance [Internet]. [cité 4 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000393106>
- Freestone, J., Ezard, N., Bourne, A., Brett, J., Roberts, D. M., Hammoud, M. *et al.* (2023). Understandings, attitudes, practices and responses to GHB overdose among GHB consumers. *Harm Reduct J.*, 20(1), 121.
- Dematteis, M., Pennel, L., Mallaret, M. (2012). Données actuelles sur le GHB, la GBL et le 1,4-BD, mai 2012, 62:669-672.

- Busardo, F. P., Gottardi, M., Tini, A., Minutillo, A., Marinelli, E., Zaami, S. (2018). Replacing GHB with GBL in recreational settings: a new trend in chemsex. *Curr Drug Metab.*, 24 sept 2018.
- Arrêté du 2 septembre 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants à la gamma-butyrolactone (GBL), au 1,4-butanediol (1,4 BD) et aux produits qui en contiennent.
- Schep, L. J., Knudsen, K., Slaughter, R. J., Vale, J. A., Mégarbane, B. (2012). The clinical toxicology of γ -hydroxybutyrate, γ -butyrolactone and 1,4-butanediol. *Clin Toxicol Phila Pa.*, 50(6), 458-470.
- Goodwin, A.K., Brown, P. R., Jansen, E. E. W., Jakobs, C., Gibson, K. M., Weerts, E. M. Behavioral effects and pharmacokinetics of gamma-hydroxybutyrate (GHB) precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4-butanediol (1,4-BD) in baboons. *Psychopharmacology (Berl.)*, 204(3), 465-476.
- Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. Observatoire européen sur les drogues et toxicomanies, 2022, p. 55.
- Harris, O., Siefried, K. J., Chiew, A., Jamshidi, N., Chung, D. T., Moore, N. *et al.* (2024). Trends in reported GHB-related presentations to Sydney emergency departments between 2012 and 2021. *Emerg Med Australas EMA*, 1 avr 2024.
- European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus): data and analysis. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2024 janv.
- McDonough, M., Kennedy, N., Glasper, A., Bearn, J. (2004). Clinical features and management of gamma-hydroxybutyrate (GHB) withdrawal: a review. *Drug Alcohol Depend.*, 75(1), 3-9.
- Wolf, C. J. H., Beurmanjer, H., Dijkstra, B. A. G., Geerlings, A. C., Spoelder, M., Homberg, J. R. *et al.* (2021). Characterization of the GHB Withdrawal Syndrome. *J Clin Med.*, 10(11), 2333.
- Kamal, R. M., van Noorden, M. S., Wannet, W., Beurmanjer, H., Dijkstra, B. A. G., Schellekens, A. (2017). Pharmacological Treatment in γ -Hydroxybutyrate (GHB) and γ -Butyrolactone (GBL) Dependence: Detoxification and Relapse Prevention. *CNS Drugs*, 31(1), 51-64.
- Mayo-Smith, M. F. (1997). Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal, *JAMA*, 278(2), 144-151.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2011 [cité 4 juin 2024]. (National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines). Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65487/>
- Neu, P., Danker-Hopfe, H., Fisher, R., Ehlen, F. (2023). GHB: a life-threatening drug complications and outcome of GHB detoxification treatment-an observational clinical study. *Addict Sci Clin Pract.*, 18(1), 62.
- Cappetta, M., Murnion, B. P. (2019). Inpatient management of gamma-hydroxybutyrate withdrawal. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr.*, 27(3), 284-287.

- Kamal, R. M., Dijkstra, B. A. G., de Weert-van Oene, G. H., van Duren, J. A. M., de Jong, C. A. J. (2017). Psychiatric comorbidity, psychological distress, and quality of life in gamma-hydroxybutyrate-dependent patients. *J Addict Dis.*, 36(1), 72-79.
- Palamar, J. J. (2023). Prevalence and Correlates of GHB Use among Adults in the United States. *J Psychoactive Drugs*, 55(3), 268-273.
- Antoniou, T., Tseng, A. L. I. (2002). Interactions between recreational drugs and antiretroviral agents. *Ann Pharmacother.*, 36(10), 1598-1613.
- Harrington, R. D., Woodward, J. A., Hooton, T. M., Horn, J. R. (1999). Life-threatening interactions between HIV-1 protease inhibitors and the illicit drugs MDMA and gamma-hydroxybutyrate. *Arch Intern Med.*, 159(18), 2221-2224.
- Corkery, J. M., Loi, B., Claridge, H., Goodair, C., Schifano, F. (2018). Deaths in the Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender United Kingdom Communities Associated with GHB and Precursors. *Curr Drug Metab.*, 19(13), 1086-1099.
- Freestone, J., Prestage, G., Bourne, A., Ezard, N., Race, K., Nedanowski, A. *et al.* (2022). Controlling for pleasure and risk: The experiences of sexuality and gender diverse people who use GHB. *Int J Drug Policy*, 105, 103747.
- Betzler, F., Heinz, A., Köhler, S. (2016). [Synthetic Drugs – An Overview of Important and Newly Emerging Substances]. *Fortschr Neurol Psychiatr.*, 84(11), 690-698.
- Bendau, A., Viohl, L., Petzold, M. B., Helbig, J., Reiche, S., Marek, R. *et al.* (2022). No party, no drugs? Use of stimulants, dissociative drugs, and GHB/GBL during the early COVID-19 pandemic. *Int J Drug Policy*, 102, 103582.
- Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe [Internet]. EMCDDA; 2020 [cité 7 juin 2024]. Disponible sur : https://www.emcdda.europa.eu/publications/ad-hoc-publication/impact-covid-19-patterns-drug-use-and-harms_en
- Dumas, T. M., Ellis, W., Litt, D. M. (2020). What Does Adolescent Substance Use Look Like During the COVID-19 Pandemic? Examining Changes in Frequency, Social Contexts, and Pandemic-Related Predictors. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.*, 67(3), 354-361.
- Raposo Pereira, F., McMaster, M. T. B., de Vries, Y. A. T., van den Brink, W., van Wingen, G. A. (2020). Demographic and Clinical Characteristics of Regular GHB-Users with and without GHB-Induced Comas. *Subst Use Misuse*, 55(13), 2148-2155.
- Giorgetti, A., Busardò, F. P., Giorgetti, R. (2022). Toxicological Characterization of GHB as a Performance-Enhancing Drug. *Front Psychiatry*, 13, 846983.
- Van Amsterdam, J., Brunt, T. M., Pereira, F. R., Crunelle, C. L., van den Brink, W. (2022). Cognitive Impairment Following Clinical or Recreational Use of Gammahydroxybutyric Acid (GHB): A Systematic Review. *Curr Neuropsychopharmacol.*, 20(4), 809-819.
- Beurmanjer, H., Luykx, J. J., De Wilde, B., van Rompaey, K., Buwalda, V. J. A., De Jong, C. a. J. *et al.* (2020). Tapering with Pharmaceutical GHB or Benzodiazepines for Detoxification in GHB-Dependent Patients: A Matched-Subject Observational Study of Treatment-as-Usual in Belgium and The Netherlands. *CNS Drugs*, 34(6), 651-659.

- Habibian, S., Ahamad, K., McLean, M., Socias, M. E. (2019). Successful Management of Gamma-hydroxybutyrate (GHB) Withdrawal Using Baclofen as a Standalone Therapy: A Case Report. *J Addict Med.*, 13(5), 415-417.
- Linghord-Hughes, A., Patel, Y., Bowden-Jones, O., Crawford, M. J., Dargan, P. I., Gordon, F. *et al.* (2016). Improving GHB withdrawal with baclofen: study protocol for a feasibility study for a randomised controlled trial. *PubMed. Trials*, 17(1), 472.
- Kamal, R. M., Loonen, A. J. M., Dijkstra, B. A. G., De Jong, C. A. J. (2015). Baclofen as relapse prevention in the treatment of gamma-hydroxybutyrate dependence: a case series. *J Clin Psychopharmacol.*, 35(3), 313-318.
- Dijkstra, B. A. G., Kamal, R., van Noorden, M. S., de Haan, H., Loonen, A. J. M. (2017). De Jong CAJ. Detoxification with titration and tapering in gamma-hydroxybutyrate (GHB) dependent patients: The Dutch GHB monitor project. *Drug Alcohol Depend.*, 170, 164-173.

VARIA

L'utilisation du cannabis dans la gestion des consommations d'autres substances psychoactives

Une enquête par questionnaire auprès
de personnes utilisatrices de cannabis
en France

Using cannabis to manage consumption
of other psychoactive substances:
A questionnaire survey of people
who use cannabis in France

Martin Bastien

Aix-Marseille Université, INSERM, IRD, SESSTIM, Sciences économiques
& sociales de la santé & traitement de l'information médicale, ISSPAM,
Marseille, France
martin.bastien@inserm.fr

Fabienne Lopez

Association Principes Actifs, Lieusaint, France

Pierre Chappard

Association PsychoACTIF, Paris, France

Perrine Roux

Aix-Marseille Université, INSERM, IRD, SESSTIM, Sciences économiques
& sociales de la santé & traitement de l'information médicale, ISSPAM,
Marseille, France

Résumé : *Le cannabis est la substance psychoactive illicite la plus consommée en France, et de nombreuses personnes l'utilisent de manière thérapeutique en dehors d'un cadre de prescription. Une enquête collaborative par questionnaire en ligne a été menée en France afin d'explorer l'utilisation du cannabis dans le but de maîtriser, réduire ou arrêter les consommations d'autres substances psychoactives, légales, illégales ou prescrites médicalement. Nous décrivons les profils des participants, ainsi que les pratiques et perceptions liées à cette utilisation du cannabis, suggérant qu'elle s'intégrerait dans une diversité de parcours de consommation et de parcours de soin chez les personnes concernées. Face à de possibles difficultés dans l'accès ou le maintien des soins pour certaines personnes utilisatrices de substances ou ayant une prescription médicamenteuse, nous interprétons cette utilisation du cannabis comme une stratégie d'appropriation de ses consommations et ainsi de sa santé.*

Abstract: *Cannabis is the most widely used illegal substance in France, and many people use it for therapeutic purposes without medical supervision. We conducted a participative online survey in France in order to study the intentional use of cannabis to control, reduce, or stop consumption of other psychoactive substances, such as alcohol, illegal drugs, and prescription medications. We describe the participants' characteristics and perceptions of this practice, showing that it occurs in a wide range of contexts in terms of experience with substance use and health care pathways. We assume that some people who use drugs or prescription medications may face barriers to accessing health care or meeting the costs. We interpret this practice as a strategy for managing their consumption habits and their health.*

Mots-clés : *usage de cannabis, automédication, stratégie de substitution, Réduction des Risques (RdR), dépendance, comportements de santé, enquête en ligne, France*

Keywords: *cannabis use, self-medication, substitution strategy, Harm Reduction (HR), dependence, health behaviors, online survey, France*

Introduction

Après des décennies de politiques internationales prohibitives visant à restreindre l'usage et la circulation des drogues, soutenues par la convention unique sur les stupéfiants de 1961, plusieurs territoires ont connu un changement de paradigme vis-à-vis du cannabis (Bewley-Taylor *et al.*, 2014). Notamment en Uruguay, au Canada et dans de nombreux États des États-Unis d'Amérique, des réformes ont été adoptées, encadrant la production, la distribution et l'usage de cannabis à des fins non médicales (Philibert & Zobel, 2019). En Europe, Malte est devenu en 2021 le premier pays à légaliser la culture et l'usage personnel du cannabis, suivi récemment par le Luxembourg puis par l'Allemagne. Concernant le cannabis à usage thérapeutique, dès les années 2000 en Amérique du Nord, des programmes permettaient l'accès au cannabis thérapeutique à certains patients via des dispensaires sur autorisation d'un médecin (P. G. Lucas, 2008 ; Reiman, 2006 ; Reinerman *et al.*, 2011). En France, suite à l'expérimentation de la distribution du cannabis médical menée par l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament (ANSM) de 2021 à 2024, un cadre légal d'accès au cannabis médical devrait prochainement entrer en vigueur. L'autorisation de prescription du cannabis médical en France concerne certaines conditions médicales spécifiques (douleurs neuropathiques, douleurs en oncologie, soins palliatifs, spasticité liée à une sclérose en plaques, épilepsie) pour lesquelles les traitements de première intention ont échoué. Mis à part l'utilisation médicalement supervisée, la loi du 31 décembre 1970 en prohibe l'usage. Pourtant, le cannabis est la substance illégale la plus consommée dans la population française : d'après les données du Baromètre Santé (Le Nézet *et al.*, 2021), on peut estimer qu'en 2020, près de la moitié (46,1 %) de la population générale entre 18 et 64 ans avait déjà expérimenté le cannabis au moins une fois au cours de leur vie. L'usage régulier de cannabis concerne environ 3,2 % de la population. De nombreux individus en France utilisent le cannabis pour ses bénéfices autothérapeutiques (Bastien *et al.*, 2023 ; Reynaud-Maurupt, 2009). Indépendamment de la réglementation du cannabis, les bénéfices thérapeutiques de l'usage du cannabis les plus souvent rapportés par les personnes utilisatrices sont la gestion des douleurs, la réduction des symptômes anxieux et dépressifs, ainsi que la régulation du sommeil et de l'appétit (Ogborne *et al.*, 2000 ; Park & Wu, 2017; Reinerman *et al.*, 2011). Au vu des niveaux de consommation

du cannabis dans la population et des débats autour de son usage thérapeutique, il apparaît important de documenter les stratégies mises en place par les personnes utilisatrices de cannabis pour gérer leurs consommations et leur santé.

Le polyusage de substances (*i.e.* l'usage de plusieurs substances dans une courte période de temps), comprenant également les substances légales telles que le tabac, l'alcool, et les médicaments prescrits, est fréquent chez les personnes utilisatrices de drogues (J. P. Connor *et al.*, 2014 ; Crummy *et al.*, 2020). Celui-ci est considéré comme un facteur de risque de complications pour la santé physique et mentale (J. P. Connor *et al.*, 2014) et d'overdoses (Peppin *et al.*, 2020). De plus, au cours des trajectoires d'usages, la consommation de cannabis est souvent associée à d'autres consommations de substances psychoactives (SPA) (J. Connor *et al.*, 2013 ; Olthuis *et al.*, 2013). Néanmoins, le polyusage de substances est généralement motivé par l'amélioration de l'expérience de consommation, notamment pour moduler les effets ou conséquences d'une substance, ou encore pour gérer la quantité consommée ou l'apparition des symptômes de sevrage (Boileau-Falardeau *et al.*, 2022 ; Hakkarainen *et al.*, 2019). L'hypothèse de la « stratégie de substitution » avance que des individus pourraient volontairement choisir de consommer une certaine substance à la place d'une autre en fonction des effets recherchés, du niveau de dangerosité perçu de ces substances et de leur accessibilité (Charlton, 2005 ; Reiman, 2009). Le cannabis, de par la diversité de ses effets et de ses contextes d'usages, pourrait ainsi être utilisé en complément ou en alternative à d'autres autres SPA, qu'elles soient légales, illégales ou prescrites médicalement, dans le but de contrôler l'usage de ces autres SPA ou d'en contrôler les conséquences.

Données issues de la littérature

D'anciennes observations cliniques décrivaient des personnes utilisatrices de SPA au Brésil ou aux États-Unis d'Amérique, utilisant le cannabis de manière thérapeutique pour remplacer la cocaïne basée (crack) (Labigalini *et al.*, 1999), ou l'alcool (Mikuriya, 2004). Ces patients déclaraient parvenir à réduire leurs consommations, à atténuer les symptômes de sevrage et rapportaient une amélioration de leur qualité de vie. Le cannabis serait également utilisé par des personnes consommant des opioïdes pour réduire les symptômes liés au sevrage. Dans une étude auprès de personnes co-usagères de cannabis

et d'opiacés, les participants rapportaient des bénéfices du cannabis dans la gestion de certains symptômes liés au sevrage des opiacés, particulièrement l'anxiété, les douleurs et les tremblements et que ces symptômes étaient plus sévères les jours où le cannabis n'était pas consommé (Bergeria *et al.*, 2020). D'autre part, plusieurs études menées en Amérique du Nord suggéraient que l'usage de cannabis, selon la fréquence ou la durée d'usage, pouvait être associé à une réduction de la fréquence d'injection d'opioïdes chez des personnes utilisatrices de drogues par injection (Kral *et al.*, 2015 ; Reddon *et al.*, 2021), et pourrait donc permettre de réduire les risques associés à l'injection d'opioïdes tels que les infections virales ou bactériennes et les overdoses.

Depuis les années 2000, l'accessibilité grandissante du cannabis thérapeutique via des dispensaires dans des États d'Amérique du Nord permet de fournir des données sur les pratiques et les perceptions des patients usagers de cannabis thérapeutique. Plusieurs études observationnelles montrent une part importante de patients usagers thérapeutiques déclarant remplacer l'alcool et d'autres SPA, légales comme illégales, par le cannabis (Lau *et al.*, 2015 ; P. Lucas *et al.*, 2013, 2016 ; Reiman, 2009). Les raisons rapportées par les participants sont essentiellement liées à la dangerosité perçue de ces substances et à leur potentiel addictif, qui serait moindre chez le cannabis. D'autres études révèlent une volonté chez de nombreux patients de traiter leur symptomatologie avec le cannabis thérapeutique, en complément ou en alternative aux médicaments prescrits, dont principalement les opioïdes ou des antalgiques non-opioïdes, les anxiolytiques et les antidépresseurs (Boehnke *et al.*, 2016 ; Bruce *et al.*, 2018 ; Corroon *et al.*, 2017 ; Kvamme *et al.*, 2021 ; Mercurio *et al.*, 2019 ; Peters II, 2013 ; Pritchett *et al.*, 2022 ; Reiman *et al.*, 2017). Les patients usagers thérapeutiques de cannabis percevraient en effet moins d'effets indésirables avec le cannabis par rapport aux médicaments prescrits cités précédemment, tout en étant plus efficace pour traiter les douleurs et divers symptômes psychiques et somatiques (Bruce *et al.*, 2018 ; Kvamme *et al.*, 2021 ; Mercurio *et al.*, 2019 ; Peters II, 2013 ; Reiman *et al.*, 2017). Ils pourraient également parvenir à réduire leurs dosages d'opioïdes antalgiques prescrits ou à les arrêter complètement (Takakuwa *et al.*, 2020). Il est à noter que ces enquêtes déclaratives ont été menées auprès de patients fréquentant volontairement des cliniques ou des dispensaires de cannabis médical et qui ont donc une motivation thérapeutique à l'usage du cannabis,

tandis que très peu d'études contrôlées explorent l'effet du cannabis thérapeutique sur la réduction de l'usage de SPA (Charoenporn *et al.*, 2022).

La grande majorité des données sur cette pratique proviennent ainsi d'études réalisées en Amérique du Nord. En France, peu de données médicales ou scientifiques mentionnent cette pratique. Dans l'étude CANNAVID récemment menée auprès de 4150 personnes utilisant quotidiennement le cannabis en France, 11 % déclaraient un usage exclusivement thérapeutique du cannabis et, parmi eux, près de 21 % déclaraient la réduction des consommations d'alcool ou d'autres SPA comme bénéfice thérapeutique (Bastien *et al.*, 2023). L'objectif de notre étude était d'explorer l'existence de cette utilisation du cannabis en France à travers une enquête en collaboration entre les associations *Principes Actifs* et *PsychoACTIF*, et le laboratoire de recherche *UMR1252-SESSTIM*. L'étude CANNABRIS visait en outre à décrire les profils des usagers concernés ainsi que leurs modalités d'usage du cannabis et des autres SPA.

Méthodologie

CANNABRIS est une étude participative et communautaire construite avec 2 associations de réduction des risques et menée auprès de personnes utilisatrices de cannabis de septembre à décembre 2021. *Principes Actifs* est une association regroupant des usagers thérapeutiques de cannabis qui diffuse un discours et des pratiques de réduction des risques répondant aux différents usages du cannabis et qui plaide pour la reconnaissance d'un usage bénéfique du cannabis. *PsychoActif* est basée sur un forum internet d'entraide entre personnes utilisatrices de drogues, qui participe à promouvoir la réduction des risques et à lutter contre la stigmatisation des personnes utilisatrices de drogues. Le *SESSTIM* est un laboratoire de recherche pluridisciplinaire en sciences de la santé, basé à Marseille, qui mène des recherches sur la Réduction des Risques et la santé communautaire.

Procédure

L'association *Principes Actifs* a d'abord impulsé l'idée de cette étude, avec le soutien de l'association *PsychoActif*, puis l'équipe du

laboratoire *SESSTIM* a coordonné la création des outils de collecte ainsi que l'analyse des données. Chaque étape s'est déroulée en collaboration entre ces trois partenaires et des réunions régulières ont permis de définir les objectifs et les étapes de cette étude.

L'étude a pris la forme d'une enquête transversale par questionnaire abordant explicitement « l'usage du cannabis pour maîtriser, réduire ou arrêter d'autres substances psychoactives ». Une enquête transversale vise généralement à observer les caractéristiques d'une population spécifique à un moment donné dans le temps. Nous ciblons avec cette enquête les personnes concernées par cette pratique, c'est-à-dire qu'elles identifient rétrospectivement ou actuellement leur usage du cannabis à la description donnée. Le questionnaire d'enquête était auto-administré en ligne par les participants. Ce format permet de recruter rapidement et à moindre coût des personnes habituellement peu accessibles par le biais des structures et services de santé.

Nous avons utilisé le logiciel LimeSurvey pour programmer et diffuser le questionnaire. L'annonce à propos de l'enquête avec le lien vers le questionnaire a été diffusée sur des forums et réseaux sociaux fréquentés par des personnes utilisatrices de drogues. Les participants devaient lire la note d'information détaillant les objectifs de l'enquête, les critères pour y participer, ainsi que son cadre légal, avant de pouvoir accéder au questionnaire. Les critères de participation étaient de reconnaître un usage actuel ou passé du cannabis « dans le but de maîtriser, réduire ou arrêter des consommations d'autres substances psychoactives », être majeur et résider en France. Aucune information nominative ou permettant d'identifier les participants n'était recueillie. Notre enquête s'est focalisée sur 4 classes de substances psychoactives : l'alcool, les opioïdes (héroïne, opium, opioïdes antidouleurs, traitements agonistes opioïdes), les psychostimulants (cocaïne, amphétamines, cathinones), et les benzodiazépines.

L'étude est conforme à la méthodologie de référence MR-004 de la CNIL et a reçu un avis favorable du comité d'évaluation éthique de l'Inserm (avis n° 21-818).

Collecte et analyse des données

Par le questionnaire, nous avons collecté les données suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, niveau d'études, activité professionnelle, logement) ;
- Consommations actuelles de substances et leurs fréquences (nombre de jours au cours du dernier mois, nombre de fois par jour en moyenne) ;
- Modalités de consommation du cannabis (nombres de jours dans la semaine où le cannabis est consommé, fréquence par jour, quantité consommée, forme, connaissance de la teneur en cannabinoïdes (tétrahydrocannabinol, THC ; cannabidiol, CBD), mode de consommation et méthode d'approvisionnement), ainsi que les substances que les participants cherchaient à réduire ou remplacer par le cannabis ;
- Pour chacune des classes de substances déclarées : fréquence de consommation, mode de consommation, prise en charge d'une dépendance par un professionnel de santé, effet perçu du cannabis sur la consommation de cette substance et effet perçu sur l'envie de consommer.

Sur l'ensemble des questionnaires enregistrés, nous avons exclu ceux des participants ne répondant pas aux critères d'inclusion et ceux n'ayant pas complété la 3^e partie du questionnaire abordant les consommations de cannabis.

L'objectif des analyses était de décrire la population ayant participé à l'enquête et l'utilisation du cannabis par les participants en alternative aux autres SPA. Les données manquantes ne sont pas présentées dans les résultats lorsqu'elles sont inférieures à 5 % de l'effectif.

Résultats

Sur les 515 questionnaires enregistrés, 177 participants ont été exclus de l'échantillon dû à un trop grand nombre de réponses manquantes ne permettant pas de décrire leur usage de cannabis, et 108 participants ne remplissaient pas les critères d'inclusion. Au total, 230 participants ont complété le questionnaire et ont été inclus dans l'étude. Les réponses sont présentées dans les *tableaux 1 à 4*.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et usages de substances psychoactives (SPA) au cours du mois (N=230)

Variable	n (%)
Âge	
18-25 ans	58 (25,2)
26-35 ans	64 (27,8)
36-45 ans	54 (23,5)
46 ans et plus	54 (23,5)
Genre	
Homme	169 (73,5)
Femme	50 (21,7)
Non binaire, sans réponse	11 (4,8)
Niveau d'études	
Inférieur ou équivalent au baccalauréat	128 (55,6)
Supérieur au baccalauréat	94 (40,9)
Activité	
Emploi	144 (63,2)
Au chômage, en invalidité, retraité	69 (30,3)
Étudiant	11 (4,8)
Logement	
Logement personnel	183 (79,6)
Hébergé par la famille ou des amis	36 (15,6)
Logement temporaire ou précaire	11 (4,8)
Consommations de SPA au cours du mois	
Cocaïne, crack	61 (26,5)
Amphétamine	20 (8,7)
Autres stimulants	32 (13,9)
Opioides antalgiques et opiacés illégaux	47 (20,4)
Traitements agonistes opioïdes prescrits	41 (17,8)
Benzodiazépines	57 (24,8)
Alcool : fréquence de consommation	
Jamais	55 (23,9)
≤ 1 fois par semaine	84 (36,5)
≥ 2 fois par semaine	85 (37,0)

Le *tableau 1* présente les caractéristiques sociodémographiques des participants ainsi que leurs usages de substances psychoactives (SPA) au cours du dernier mois. Les participants se répartissent équitablement en termes d'âges : 25,2 % se situent entre 18 et 25 ans, 27,2 % entre 26 et 35 ans, 23,5 % entre 36 et 45 ans, et 23,5 % ont 46 ans ou plus. Notre échantillon est constitué d'une majorité d'hommes : 73,5 % d'hommes contre 21,7 % de femmes, et 4,8 % ne s'identifient pas explicitement à un homme ou une femme. En

termes de niveau d'études, 40,9 % des participants ont effectué des études après le baccalauréat. Près de deux tiers des participants (63,2 %) ont déclaré avoir un emploi (déclaré légalement ou non), contre 30,3 % en situation de chômage, d'invalidité ou à la retraite, et une minorité de participants sont étudiants (4,8 %). La majorité a déclaré être propriétaire ou locataire de son logement (79,6 %) tandis que les autres participants vivent chez leurs parents ou sont dans un hébergement temporaire.

Concernant les consommations de SPA autre que le cannabis, 34,8 % des participants ont consommé des stimulants (cocaïne, amphétamines, cathinones, méthylphénidate, etc.) au moins une fois au cours du mois précédent l'enquête ; 30,9 % ont consommé des opiacés (prescrits ou non, y compris les traitements agonistes opioïdes) au moins une fois au cours du dernier mois ; et 24,8 % ont consommé des benzodiazépines au moins une fois au cours du dernier mois. Concernant l'alcool, près d'un quart (23,9 %) des participants déclarent ne pas en consommer, tandis que 37 % en consomment plus d'une fois par semaine.

Tableau 2. Modalités d'usages du cannabis (N=230)

Variable	N (%)
Nombre de jours dans semaine	
1 à 3 jours	27 (11,9)
4 à 6 jours	30 (13,2)
Tous les jours	168 (74,0)
Nombre de prises par jour	
1 ou 2	72 (31,3)
3 à 5	77 (33,5)
6 et plus	78 (33,9)
Nombre de prises par jour (Médiane [Interquartiles])	4 [2-8]
Forme principalement consommée	
Herbe	150 (65,2)
Résine	74 (32,2)
Autres (rosin, teinture)	3 (1,3)
Connaissez-vous le ratio THC/CBD de votre produit ?	
Non, ne sait pas	52 (22,6)
Majorité de THC	149 (64,8)
Ratio THC/CBD équilibré	23 (10,0)
Majorité de CBD	6 (2,6)

Variable	N (%)
Mode de consommation principal	
Joint avec tabac	167 (72,6)
Joint sans tabac	15 (6,5)
Bang/pipe	16 (7,0)
Vaporisation	23 (10,0)
Oral/ingestion	6 (2,6)
Méthode d'approvisionnement	
Autoproduction	59 (25,7)
Marché illégal (deep web, dealer, livraison)	119 (51,7)
Par des amis (achat, dons)	35 (15,2)
Achat légal, CBD	9 (3,9)
Rencontre des difficultés à s'approvisionner	
Non	76 (33,0)
Oui	150 (65,2)

Les réponses liées aux modalités d'usage du cannabis sont présentées dans le *tableau 2*. Les trois quarts des participants (74 %) ont déclaré en faire usage quotidiennement. Le nombre médian déclaré de prises de cannabis par jour est de 4 prises par jour, un quart des participants consomment du cannabis 2 fois par jour ou moins et un quart des participants consomment 8 fois par jour ou plus. Les participants ont déclaré consommer le cannabis plutôt sous forme d'herbe (65,2 %) que de résine (32,2 %). Concernant le ratio THC/CBD du cannabis généralement consommé, la plupart des participants ont déclaré consommer du cannabis avec une majorité de THC (64,9 %), plutôt qu'un ratio équilibré (10 %) ou majoritaire en CBD (2,6 %), et 22,6 % ne connaissaient pas le ratio en cannabinoïdes.

Le mode de consommation du cannabis majoritairement rapporté est le mode fumé sous forme de joint : 72,6 % des participants ajoutent du tabac au cannabis dans les joints, et 6,5 % n'ajoutent pas de tabac et consomment le cannabis « pur » ou avec un substitut au tabac. Une petite partie des participants a déclaré consommer le cannabis par voie fumée via un bang ou une pipe (7 %), et une autre partie a déclaré consommer le cannabis par voie non fumée, soit par vaporisation (10 %) ou par ingestion (2,6 %).

Concernant la voie principale d'approvisionnement, la moitié des participants ont déclaré se fournir sur le marché illégal (51,7 %) via des points de vente fixes, par livraison à domicile ou par voie postale. Un quart (25,7 %) des participants ont déclaré cultiver eux-mêmes le cannabis consommé, 15,2 % ont déclaré se fournir auprès

de leur entourage par des achats, des échanges ou des dons, et 3,9 % ont déclaré se fournir légalement en cannabis, soit en achetant des produits faiblement dosés en THC et légaux en France (avec un taux théorique de THC inférieur à 0,3 %), soit en se fournissant dans un pays européen où l'achat de petites quantités de cannabis est toléré, comme dans le cas des « Cannabis Social Club » en Espagne. Deux tiers des participants (65,2 %) ont rapporté rencontrer parfois ou la plupart du temps des difficultés à s'approvisionner en cannabis.

Tableau 3. Le cannabis comme alternative à quelle substance ? (N=230)

Variable	N (%)
Opiacés	100 (43,5)
Opioides prescrits	29 (12,6)
Héroïne et opioïdes non prescrits	60 (26,1)
Opiacés non précisés	11 (4,8)
Alcool	107 (46,5)
Stimulant	61 (26,5)
Cocaïne (Chlorhydrate)	27 (11,7)
Crack (Cocaïne free base)	8 (3,5)
Amphétamines, MDMA, Cathinones de synthèse	12 (5,2)
Stimulants non précisés	14 (6,1)
Benzodiazépines	60 (26,1)
Si oui, vous a-t-il été prescrit dans le cadre d'un traitement de la dépendance ?	
Non	40 (66,7)
Oui	8 (13,3)
NR	12 (20,0)
Autres produits déclarés :	
Tabac	7 (3,0)
Hallucinogènes	7 (3,0)
Antidouleurs non-opioïdes (paracétamol, ibuprofène)	6 (2,6)
Autres médicaments (baclofène, Lyrica, neuroleptiques)	7 (3,0)
Nombres de substances déclarées	
Une	157 (68,3)
Plusieurs	73 (31,7)

La question principale de l'enquête demandait pour quelle(s) substance(s) autre(s) que le cannabis les participants cherchaient à maîtriser, réduire ou arrêter la consommation grâce à l'utilisation du cannabis. Les substances déclarées sont présentées dans le *tableau 3*.

Près d'un tiers des participants (31,7 %) ont déclaré avoir cherché à maîtriser, réduire ou arrêter la consommation de deux substances

ou plus. Parmi les substances proposées, l'alcool a été rapporté par le plus grand nombre de participants (46,5 %). Les opiacés étaient la deuxième catégorie de substances la plus rapportée avec 43,5 % des participants, dont 12,6 % des participants étaient concernés par un ou des médicaments opioïdes prescrits (tels que le tramadol, la codéine, l'oxycodone, la morphine, la buprénorphine, la méthadone, etc.), 26,1 % des participants étaient concernés par des substances opioïdes obtenues illégalement (telles que l'héroïne, l'opium ou des médicaments opioïdes non prescrits), et 4,8 % n'ont pas précisé le type de substances opioïdes concernées. La catégorie des substances psychostimulantes a été rapportée par 26,5 % des participants, dont 11,7 % des participants étaient concernés par la cocaïne sous sa forme chlorhydrate, 3,5 % étaient concernés par la cocaïne sous sa forme basée (ou « crack »), 5,2 % étaient concernés par une substance amphétaminique (« Speed », MDMA, autres) ou une cathinone de synthèse, et 6,1 % n'ont pas précisé le type de stimulant concerné. La catégorie des benzodiazépines a également été rapportée par 26,1 % des participants. Parmi les participants ayant déclaré utiliser le cannabis pour maîtriser, réduire ou arrêter les consommations de benzodiazépines, 13,3 % ont déclaré que ce médicament avait été initialement prescrit lui-même dans le cadre d'un traitement de la dépendance.

Les participants avaient également la possibilité de déclarer d'autres substances dont ils avaient cherché à maîtriser, réduire ou arrêter la consommation. Ainsi, parmi les autres substances, quelques participants ont déclaré le tabac (3 %), des hallucinogènes (3 %) tels que le LSD ou les champignons, des médicaments antalgiques non-opioïdes ou des anti-inflammatoires (2,6 %), et d'autres médicaments divers (3 %) tels que la prégabaline, le baclofène ou encore des neuroleptiques.

Tableau 4. Recours à un professionnel de santé et effets perçus du cannabis, pour chaque classe de substance (N=230)

	Opiïdes (N=100)	Alcool (N=107)	Stimulants (N=61)	Benzodiazépines (N=60)
Avez-vous consulté un professionnel de santé pour maîtriser, réduire ou arrêter vos consommations ?				
Non	25 (25,0)	64 (59,8)	34 (55,7)	23 (38,3)
Oui	59 (59,0)	30 (28,0)	14 (23,0)	27 (45,0)
Non-réponse	16 (16,0)	13 (12,2)	13 (21,3)	10 (16,7)

	Opiïdes (N=100)	Alcool (N=107)	Stimulants (N=61)	Benzodiazépines (N=60)
Quel était l'effet du cannabis sur vos consommations de cette substance ?				
Aucun effet, augmentation	3 (3,0)	2 (1,9)	2 (3,3)	1 (1,7)
Maîtrise des consommations	14 (14,0)	9 (8,4)	9 (14,8)	5 (8,3)
Réduction des consommations	30 (30,0)	49 (45,8)	19 (31,1)	18 (30,0)
Arrêt complet	36 (36,0)	34 (31,8)	16 (26,2)	26 (43,3)
Non-réponse	17 (17,0)	13 (12,5)	15 (24,6)	10 (16,7)
Le cannabis a-t-il réduit votre envie de consommer cette autre substance ?				
Pas du tout ; Plutôt non	8 (8,0)	7 (6,5)	3 (4,9)	0 (0,0)
Plutôt oui ; Tout à fait	74 (74,0)	88 (82,2)	44 (72,1)	50 (83,3)
Non-réponse	18 (18,0)	12 (11,2)	14 (23,0)	10 (16,7)

Le *tableau 4* présente, pour chacune des quatre classes de substances considérées, le recours des participants à un professionnel de santé concernant la consommation jugée problématique, ainsi que l'efficacité perçue du cannabis sur les consommations d'autres SPA et sur l'envie de consommer (« craving »). Concernant ces questions-là, un nombre important de réponses étaient manquantes dû au fait qu'un des critères d'inclusion était d'avoir complété le questionnaire jusqu'à la partie sur les modalités d'usage du cannabis, mais les questions qui suivaient n'étaient pas nécessairement complétées. La proportion de participants ayant déclaré avoir demandé l'aide d'un professionnel de santé était assez variable selon la substance dont les participants cherchaient à maîtriser, réduire ou arrêter la consommation. Notamment, peu de participants ont déclaré avoir consulté dans le cadre d'un usage considéré problématique d'alcool (28 %) ou de stimulants (23 %), tandis que la proportion de participants ayant consulté un professionnel de santé montait à 45 % concernant les benzodiazépines et 59 % pour les opiïdes. Une grande majorité des participants a déclaré que l'usage de cannabis avait eu un effet favorable sur leurs consommations d'autres SPA. Un grand nombre de participants déclaraient un arrêt complet des consommations d'opiïdes (36 %), d'alcool (31,8 %), de stimulants (26,2 %) et de benzodiazépines (43,3 %). Un grand nombre de participants déclaraient également que l'utilisation du cannabis avait permis de réduire leurs consommations d'opiïdes (30 %), d'alcool (45,8 %) de stimulants (31,1 %) ou de benzodiazépines (30 %). Un plus faible nombre de participants a déclaré avoir retrouvé une maîtrise de leurs consommations d'opiïdes (14 %), d'alcool (8,4 %), de stimulants (14,8 %) ou de benzodiazépines (8,3 %).

Les participants ont majoritairement déclaré un effet favorable du cannabis sur leur envie de consommer cette autre substance : 74 % pour les opioïdes, 82,2 % pour l'alcool, 72,1 % pour les stimulants et 83,3 % pour les benzodiazépines.

Discussion

Notre étude menée via une enquête par questionnaire en ligne permet ainsi de montrer qu'en France, des personnes utilisent consciemment le cannabis dans l'objectif de maîtriser, de réduire ou d'arrêter des consommations d'autres SPA et se reconnaissent dans cet usage spécifique du cannabis. En raison de la faible diffusion de l'enquête, et du fait que nous recrutons spécifiquement des personnes concernées par cet usage, il nous est impossible d'estimer la prévalence de cette pratique parmi l'ensemble des personnes consommatrices de cannabis en France. Les résultats montrent que parmi les personnes enquêtées, celles-ci utiliseraient le cannabis en alternative aux opioïdes et à l'alcool principalement, et dans une moindre mesure les stimulants et les benzodiazépines. Néanmoins, cette différence ne permet pas d'affirmer que le cannabis serait plus utilisé pour remplacer certaines SPA que d'autres, mais pourrait refléter un biais de recrutement en faveur des personnes utilisatrices d'alcool et d'opioïdes. Certaines questions posées dans l'enquête présentaient un grand nombre de non-réponses : entre 11 % et 25 % concernaient les questions sur les SPA que les participants cherchaient à maîtriser, réduire ou arrêter. Ces questions étaient présentes à la fin du questionnaire, et ce grand nombre de non-réponses place la longueur ou la complexité du questionnaire en tant que limite à l'étude.

Notre population est composée d'une majorité d'hommes de tous âges. Les données du Baromètre Santé 2020 indiquent que les femmes seraient effectivement moins nombreuses que les hommes à déclarer un usage régulier du cannabis (2 % des femmes contre 4,5 % des hommes) (Le Nézet *et al.*, 2021). La consommation de cannabis concerne habituellement les individus plus jeunes dans la population générale (6,6 % des 18-25 ans contre 1,4 % des 45-54 ans). L'usage du cannabis en alternative à d'autres SPA ayant un lien avec l'usage thérapeutique du cannabis, il n'est pas étonnant d'avoir recruté également des participants âgés. Étant donné les caractéristiques liées aux diplômes, au logement et à l'emploi, le niveau socio-économique ne

semble pas particulièrement lié à cet usage du cannabis. La fréquence quotidienne de consommation du cannabis chez une majorité de participants peut suggérer une dépendance au cannabis, mais laisse également supposer que, pour beaucoup, les bénéfices du cannabis sont recherchés quotidiennement. Les modalités de consommation du cannabis rapportées par les participants restent conformes aux données disponibles sur l'usage de cannabis en population générale en France, c'est-à-dire que le cannabis est majoritairement fumé en joint, avec du tabac, sous forme d'herbe et avec une majorité de THC (Le Nézet *et al.*, 2021). Au cours des dernières années, le cannabis sous forme d'herbe et les taux de THC élevés sont en effet devenus particulièrement répandus sur le marché français du cannabis (Gandilhon *et al.*, 2019). Néanmoins, une part plus importante des utilisateurs de cannabis de notre étude a rapporté des modes de consommation non fumés (ingestion, vaporisation), ou bien fumés sans tabac, comparé aux données en population générale. La combustion du cannabis, et particulièrement du tabac, est un des risques majeurs associés à la consommation de cannabis, et la vaporisation serait une alternative pour réduire l'impact sur les voies respiratoires (Tashkin, 2015).

De la même manière, concernant le mode d'approvisionnement en cannabis, un nombre bien plus important de participants de notre étude a rapporté cultiver eux-mêmes le cannabis consommé (Gandilhon *et al.*, 2019). Ces différences peuvent s'expliquer par l'usage du cannabis motivé par des enjeux de santé chez les participants de notre étude. Une précédente étude en France révélait que les personnes déclarant un usage exclusivement thérapeutique du cannabis avaient plus tendance à vaporiser le cannabis, à réduire la quantité de tabac dans les joints et à cultiver elles-mêmes le cannabis consommé, comparé aux participants ayant un usage mixte ou non thérapeutique (Bastien *et al.*, 2023). De plus, la majorité des participants de notre étude consomment des produits avec un ratio supérieur en THC qu'en CBD. Le CBD ayant peu d'effets psychoactifs comparé au THC (Singh *et al.*, 2023), la teneur en THC influence la puissance du produit estimée par les personnes utilisatrices de cannabis et ainsi la quantité de produit consommée au cours d'une session (Freeman *et al.*, 2014). D'autres études seraient nécessaires afin d'explorer le rôle des effets psychoactifs du THC dans les bénéfices recherchés par les personnes utilisatrices de cannabis.

Une diversité de pratiques de consommation et d'automédication

Notre étude corrobore celles menées précédemment en Amérique du Nord, suggérant que de nombreuses personnes utilisent consciemment le cannabis pour remplacer d'autres SPA (Bruce *et al.*, 2018 ; Corroon *et al.*, 2017 ; Kvamme *et al.*, 2021 ; Lau *et al.*, 2015 ; P. Lucas *et al.*, 2013 ; Mercurio *et al.*, 2019 ; Peters II, 2013 ; Reiman, 2009 ; Reiman *et al.*, 2017), et illustre la diversité de parcours de consommation de SPA et de parcours de soin dans lesquels s'inscrirait cet usage du cannabis. Les participants rapportent en effet utiliser le cannabis en alternative à des SPA illégales telles que l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines, ou encore à des SPA autorisées, comme l'alcool ou des médicaments accessibles sur prescription tels que les anxiolytiques, les antidépresseurs, les antalgiques opioïdes ou des opioïdes employés en traitement de substitution. Ces médicaments pouvaient avoir été prescrits dans un cadre médical, et dans d'autres cas, leurs usages dépassaient le cadre de la prescription et sont donc utilisés en automédication ou encore de manière non thérapeutique. Plusieurs substances à la fois pouvaient être rapportées par les participants et remplacées par le cannabis. De plus, les objectifs vis-à-vis des consommations de SPA peuvent varier d'un individu à l'autre. Nous avons employé plusieurs termes pour décrire cet usage du cannabis (« maîtriser », « réduire », « arrêter » la consommation d'autres SPA), et les réponses variées des participants montrent que tous les individus ne décrivent pas les bénéfices de la même manière.

La maîtrise des consommations n'implique pas nécessairement la volonté de réduire l'usage, mais plutôt d'être en mesure d'anticiper et de réguler les moments et les contextes où les consommations ont lieu ainsi que leurs conséquences. Dans le cadre de polyusages de SPA, l'usage du cannabis de manière simultanée ou séquentielle à d'autres SPA pourrait permettre notamment de réduire les doses consommées, d'atténuer des effets indésirables ou de retarder l'apparition de l'envie de consommer à nouveau (Boileau-Falardeau *et al.*, 2022 ; Gonçalves & Nappo, 2015). Dans certains parcours de consommation, les personnes utilisatrices de drogues ne souhaitent pas nécessairement arrêter leurs consommations et peuvent être amenées à utiliser de manière régulière ou intermittente le cannabis comme une alternative moins à risque que l'alcool, les opiacés et les stimulants, et comme source de plaisir et d'apaisement (Paul *et al.*,

2020). Les personnes utilisatrices de drogues peuvent aussi combiner le cannabis à d'autres SPA pour potentialiser ou réduire les effets psychoactifs d'une ou des deux substances (Boileau-Falardeau *et al.*, 2022), mais cette possible recherche d'interaction n'a pas été explorée dans notre enquête par questionnaire.

Certaines personnes utilisatrices de cannabis parviennent à réduire quantitativement leurs consommations d'autres SPA, voire les arrêtent complètement. Une étude observationnelle menée auprès de personnes injectrices d'opiacés observait que les participants déclarant un usage du cannabis au cours du dernier mois injectaient moins fréquemment que les participants n'utilisant pas le cannabis (Kral *et al.*, 2015). De la même manière dans un échantillon de 2619 personnes injectrices de drogues recrutées via différentes cohortes, l'usage quotidien de cannabis était associé à une moindre fréquence d'injection d'opiacés au cours du mois, comparé à l'usage non quotidien et au non-usage de cannabis (Reddon *et al.*, 2021). Dans une cohorte de patients ayant un traitement à base d'opioïdes pour des douleurs chroniques, une période de plus de 30 jours de prise de cannabis thérapeutique prescrit dans le cadre d'un programme médical était associée à une réduction des dosages quotidiens d'opioïdes au cours des mois suivants (Nguyen *et al.*, 2023). Dans une étude clinique auprès de patients volontaires engagés dans un traitement pour la dépendance à l'alcool, il était observé une réduction des quantités d'alcool journalières lorsque du cannabis était spontanément consommé par les participants, ainsi qu'une réduction de la probabilité de survenue d'un épisode de « binge drinking » (Karoly *et al.*, 2021). D'autres personnes feraient le constat que le cannabis aide à réduire leur besoin et leur envie de consommer certaines SPA et parviennent donc à gérer par elles-mêmes leur dépendance ou leur sevrage. Lors des expériences de sevrage aux opioïdes, de nombreuses personnes co-usagères de cannabis et d'opioïdes décrivent le cannabis comme une solution lors de l'apparition des symptômes induits par le sevrage, notamment le stress, les douleurs et les tremblements (Bergeria *et al.*, 2020 ; Meacham *et al.*, 2022). Les interactions entre le système cannabinoïde endogène et le système opioïde endogène pourraient expliquer le lien entre l'usage de cannabis et la gestion de la dépendance aux opiacés (Scavone *et al.*, 2013). Néanmoins, d'autres données provenant d'études chez des patients sous traitement agoniste opioïdes sont plus contradictoires à propos de l'impact du cannabis sur les symptômes de sevrage (De Aquino *et al.*, 2022).

Il n'y a actuellement pas de données sur l'impact du cannabis sur les symptômes de sevrage aux autres SPA que les opiacés. Des études observationnelles de patients suivis pour une dépendance au crack-cocaïne (Labigalini *et al.*, 1999) ou à l'alcool (Mikuriya, 2004) décrivaient des pratiques d'automédication avec le cannabis dans le but de réduire leurs consommations, voire maintenir une abstinence, tout en réduisant les symptômes de sevrage et en améliorant leur qualité de vie. Peu d'études cliniques standardisées permettent d'affirmer un impact positif du cannabis dans le cadre d'un traitement de la dépendance aux opioïdes (Lake & St Pierre, 2020), et aucune n'existe pour les autres SPA. Notre étude ne permet pas de distinguer si le cannabis était utilisé par les participants comme un moyen de régulation de leurs consommations de SPA, ou plutôt en automédication pour gérer une dépendance, ou encore pour réduire et remplacer spécifiquement une substance en substituant les effets recherchés initialement, tels que des effets euphorisants, antalgiques ou anxiolytiques. Néanmoins, ces réalités ne s'excluent pas les unes des autres puisque, par exemple, les médicaments opioïdes et les benzodiazépines présentent des risques de dépendance et le cannabis est fréquemment utilisé pour soulager des douleurs ou de l'anxiété. Ainsi, dans des parcours de consommation de SPA très divers, l'utilisation du cannabis peut être interprétée comme une stratégie personnelle pour réduire les risques et maximiser les bénéfices.

Les barrières d'accès aux soins

Le choix de se tourner vers une alternative aux traitements médicamenteux prescrits, ou de ne pas se tourner vers les services d'addictologie ou de Réduction des Risques (type CSAPA, CAARUD), soulève la question de l'inadaptation de certains services de soin et de santé pour certaines populations. Les participants à l'étude étaient plus nombreux à déclarer avoir consulté un professionnel de santé lorsque l'usage posant problème concernait des opioïdes ou des benzodiazépines, comparé à l'alcool et aux stimulants. Les opioïdes et les benzodiazépines étant des substances couramment prescrites pour traiter des douleurs et des symptômes anxieux, nous pouvons supposer que certains usages jugés problématiques par les participants auraient débuté dans un cadre de prescription thérapeutique. Les patients traités pour des douleurs chroniques ou des symptômes psychiques tolèrent parfois mal les médicaments disponibles,

notamment en raison des effets secondaires ressentis ou d'une dépendance qui s'installe (Lau *et al.*, 2015 ; Mercurio *et al.*, 2019). Nous pouvons supposer une certaine baisse de la confiance accordée par les personnes utilisant le cannabis en automédication envers une partie du corps médical et les médicaments conventionnels (Kruger & Kruger, 2019).

Concernant le traitement de la dépendance, les personnes en difficultés avec leurs consommations de SPA rencontrent parfois des barrières dans l'accès ou dans le maintien des soins. Beaucoup ne souhaitent pas ou ne parviennent pas à adhérer à l'injonction à l'abstinence totale de toute SPA (Paquette *et al.*, 2022). Notamment, les personnes souhaitant réduire leurs consommations d'alcool percevraient peu de solutions disponibles autres que le sevrage et l'abstinence (Khadjesari *et al.*, 2015). De plus, pour certaines SPA telles que les psychostimulants (cocaïne, crack, amphétamines, cathinones, etc.), peu de traitements efficaces sont disponibles pour prendre en charge les dépendances (Ronsley *et al.*, 2020) et il n'y a pour l'instant pas de traitement reconnu en France autre que l'abstinence. Dans une cohorte de personnes utilisatrices de drogues au Canada, les participants utilisant volontairement le cannabis pour réduire les consommations d'autres SPA ou pour gérer les symptômes de sevrage déclaraient rencontrer des difficultés à accéder à des traitements pour la dépendance (Mok *et al.*, 2022). Nous pouvons supposer que les participants à l'étude trouvent peu de solutions disponibles adaptées à leurs besoins dans les services de soin en addictologie.

Face à des barrières à l'accès ou au maintien des soins, que ce soit en santé mentale, en gestion des dépendances, ou dans le traitement des douleurs chroniques, certains individus feraient le choix de se tourner vers des traitements alternatifs qui leur correspondraient mieux, dans une démarche de gestion de leur santé. L'usage à but thérapeutique du cannabis n'est autorisé en France que pour certaines conditions médicales. Pourtant, de nombreuses autres situations pour lesquelles des personnes utilisent le cannabis, notamment celles en lien avec la santé mentale, ne sont pas prises en compte dans la liste des recommandations du cannabis médical établie par l'ANSM. Ainsi, les stratégies d'automédication et de gestion des consommations adoptées par certaines personnes utilisatrices de cannabis seraient plutôt issues d'un savoir expérientiel lié aux parcours de vie.

Implications pour l'accompagnement en Réduction des Risques

La grande majorité des participants trouvaient le cannabis efficace pour maîtriser, réduire ou arrêter les consommations d'autres SPA. Pourtant, il est difficile de déterminer l'efficacité réelle du cannabis étant donné la nature déclarative des réponses : ce sont donc les individus qui établissent les critères de réussite ou d'échec de leur usage de cannabis dans cet objectif. De plus, notre critère de participation à l'étude induisait de base un biais de recrutement, puisque ce sont majoritairement des individus ayant reconnu les effets bénéfiques du cannabis qui se reconnaissent dans cet usage et qui ont donc participé à l'étude. L'enquête par questionnaire ayant été diffusée sur des forums d'information et d'entraide entre personnes utilisatrices de drogues, il faut également tenir compte du fait que les personnes ayant eu connaissance du questionnaire peuvent avoir un accès favorisé à l'information sur les SPA et les manières de réduire les risques associés.

Ainsi, les résultats de l'étude ne permettent pas de recommander l'usage médical du cannabis dans la clinique de la dépendance ou comme traitement de substitution à d'autres SPA. Dans une revue de la littérature (Subbaraman, 2014), le cannabis était considéré comme un potentiel traitement de substitution à l'alcool selon une liste de critères : 1) réduction des consommations, 2) moindre nocivité, 3) moindre potentiel de mésusage, 4) ne pas être utilisé en complément à la substance, 5) moindre potentiel d'overdose, 6) ne pas potentialiser les effets psychoactifs de l'autre substance, 7) permettre de réduire les dépenses de santé. Les auteurs concluent que le cannabis ne remplit que partiellement les critères pour être un traitement de substitution adapté à l'alcool, et la majorité des études menées présentent des biais de recrutement et des plans d'analyse inadaptés à l'évaluation d'une efficacité du cannabis. Pour l'alcool, ainsi que pour les autres substances, le cannabis ne semble pas approprié comme traitement de substitution et n'est pas équivalent aux traitements par agonistes. Le cannabis a un mécanisme d'action pharmacologique différent de ceux de l'alcool, des opiacés, des stimulants et des benzodiazépines, et peut exercer une interaction avec les effets psychoactifs de ces substances. De plus, la variabilité des effets du cannabis rend son utilisation comme traitement de la dépendance difficilement

reproductible d'un patient à l'autre et n'exclut pas que certains patients puissent utiliser le cannabis en complément des autres substances.

Pourtant, selon l'hypothèse de la stratégie de substitution (Charlton, 2005 ; Reiman, 2009), les personnes utilisatrices de SPA pourraient choisir une pratique de consommation ou d'automédication pour remplacer une autre, sur la base d'un calcul des bénéfices et des risques associés à chacune des pratiques. L'usage spontané du cannabis en alternative ou en complément à d'autres SPA, que ce soit pour réguler ses consommations, pour gérer des symptômes de sevrage ou en automédication pour divers symptômes, pourrait permettre de réduire des conséquences négatives associées aux consommations de substances selon certains principes de la Réduction des Risques (RdR). Historiquement, le paradigme de la RdR s'est construit autour d'une diversité de pratiques de terrain et d'acteurs dans l'urgence d'apporter des réponses aux crises du VIH/SIDA et des overdoses d'héroïne. Aujourd'hui, un certain nombre de principes font consensus entre chercheurs, professionnels de santé et associations représentantes des personnes utilisatrices de drogues (Coppel, 2016). Premièrement, le principe d'autodétermination indique que les personnes utilisatrices de SPA sont actrices de leur santé et doivent être accompagnées dans leurs initiatives de changement de comportements face à ce qu'elles perçoivent comme des risques pour leur santé. Deuxièmement, selon les principes de hiérarchisation des risques et du changement de comportements par étape, l'accompagnement des personnes utilisatrices de SPA ne vise plus prioritairement l'abstinence mais tout changement permettant de réduire l'impact négatif des consommations sur leur fonctionnement physique, psychique et social dans leur vie quotidienne.

Le cannabis a un potentiel d'abus et, dans les faits, il est le plus souvent consommé via des modalités qui présentent à long terme des risques sanitaires, tels que la combustion avec du tabac. Néanmoins, il peut tout de même constituer une alternative moins à risque pour certaines personnes utilisatrices de SPA. Il est important que les professionnels de santé puissent identifier cette pratique chez des patients rapportant des difficultés liées à une dépendance, afin d'instaurer un dialogue sur les bénéfices et les risques liés au cannabis et aux autres substances.

Conclusion

Notre étude est la première en France à s'intéresser explicitement à l'usage du cannabis en alternative ou complément à d'autres substances psychoactives (SPA). Bien qu'on ne puisse pas pour l'instant affirmer que le cannabis soit un traitement de substitution efficace et adapté aux autres SPA, le fait qu'un certain nombre de personnes utilisatrices de cannabis se reconnaissent dans cette pratique montre que cette dernière constitue une stratégie spontanée de gestion de ses consommations et de sa santé pouvant convenir et s'adapter à certains parcours de vie. Il est important de tenir compte des expériences individuelles et des bénéfices subjectifs liés au cannabis, notamment dans le suivi des patients pour une dépendance, et dans le suivi des patients tolérant mal un traitement médicamenteux. Il serait intéressant de mener des études longitudinales en France auprès de personnes utilisatrices de drogues afin de mesurer l'impact dans le temps de l'usage du cannabis sur les consommations d'autres SPA et sur la qualité de vie. Enfin, des études qualitatives permettront d'explorer plus en détail les parcours d'automédication chez les personnes utilisatrices de SPA.

Bibliographie

- Bastien, M., Mezaache, S., Donadille, C., Martin, V., Appel, L., Lebrun, M., Briand Madrid, L., Barré, T., & Roux, P. (2023). Exclusive Therapeutic Use of Cannabis in a Large Sample of Daily Cannabis Users in France: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Psychoactive Drugs*, 0(0), 1-11. <https://doi.org/10.1080/02791072.2023.2224313>
- Bergeria, C. L., Huhn, A. S., & Dunn, K. E. (2020). The impact of naturalistic cannabis use on self-reported opioid withdrawal. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108005>
- Bewley-Taylor, D., Jelsma, M., & Blickman, T. (2014). *The Rise and Decline of Cannabis Prohibition* [Special Reports]. Transnational Institute. <https://www.tni.org/en/publication/the-rise-and-decline-of-cannabis-prohibition>
- Boehnke, K. F., Litinas, E., & Clauw, D. J. (2016). Medical Cannabis Use Is Associated With Decreased Opiate Medication Use in a Retrospective Cross-Sectional Survey of Patients With Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 17(6), 739-744. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.03.002>
- Boileau-Falardeau, M., Contreras, G., Garipy, G., & Laprise, C. (2022). Patterns and motivations of polysubstance use: A rapid review of the qualitative evidence. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 42(2), 47-59. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.2.01>

- Bruce, D., Brady, J. P., Foster, E., & Shattell, M. (2018). Preferences for Medical Marijuana over Prescription Medications Among Persons Living with Chronic Conditions: Alternative, Complementary, and Tapering Uses. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 24(2), 146-153. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0184>
- Charlton, B. G. (2005). Diazepam with your dinner, Sir? The lifestyle drug-substitution strategy: a radical alcohol policy. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 98(6), 457-459. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hci067>
- Charoenporn, V., Charernboon, T., & Mackie, C. J. (2022). Medical Cannabis as a Substitute for Prescription Agents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Substance Use*, 0(0), 1-13. <https://doi.org/10.1080/14659891.2022.2070870>
- Connor, J., Gullo, M., Chan, G., Young, R., Hall, W., & Feeney, G. (2013). Polysubstance Use in Cannabis Users Referred for Treatment: Drug Use Profiles, Psychiatric Comorbidity and Cannabis-Related Beliefs. *Frontiers in Psychiatry*, 4. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2013.00079>
- Connor, J. P., Gullo, M. J., White, A., & Kelly, A. B. (2014). Polysubstance use: Diagnostic challenges, patterns of use and health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 269. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000069>
- Coppel, A. (2016). Pour la construction d'un consensus sur la définition de la RdRD. Principes fondateurs, pratiques professionnelles et objectifs. *Alcoologie et Addictologie, Audition publique à l'initiative de la FFA "Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives"* (Tome 38, n° 3), 207-227.
- Corroon, J. M., Mischley, L. K., & Sexton, M. (2017). Cannabis as a substitute for prescription drugs – A cross-sectional study. *Journal of Pain Research*, 10, 989-998. <https://doi.org/10.2147/JPR.S134330>
- Crummy, E. A., O'Neal, T. J., Baskin, B. M., & Ferguson, S. M. (2020). One Is Not Enough: Understanding and Modeling Polysubstance Use. *Frontiers in Neuroscience*, 14. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2020.00569>
- De Aquino, J. P., Bahji, A., Gómez, O., & Sofuoglu, M. (2022). Alleviation of Opioid Withdrawal by Cannabis and Delta-9-Tetrahydrocannabinol: A Systematic Review of Observational and Experimental Human Studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 109702. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109702>
- Freeman, T. P., Morgan, C. J. A., Hindocha, C., Schafer, G., Das, R. K., & Curran, H. V. (2014). Just say 'know': How do cannabinoid concentrations influence users' estimates of cannabis potency and the amount they roll in joints? *Addiction*, 109(10), 1686–1694. <https://doi.org/10.1111/add.12634>
- Gandilhon, M., Spilka, S., & Masson, C. (2019). *Les mutations du marché du cannabis en France* (Théma OFDT). Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/thema/les-mutations-du-marche-du-cannabis-en-france-thema/>
- Gonçalves, J. R., & Nappo, S. A. (2015). Factors that lead to the use of crack cocaine in combination with marijuana in Brazil: A qualitative study. *BMC Public Health*, 15, 706. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2063-0>

- Hakkarainen, P., O’Gorman, A., Lamy, F., & Kataja, K. (2019). (Re)conceptualizing “Polydrug Use”: Capturing the Complexity of Combining Substances. *Contemporary Drug Problems*, 46(4), 400-417. <https://doi.org/10.1177/0091450919884739>
- Karoly, H. C., Ross, J. M., Prince, M. A., Zabelski, A. E., & Hutchison, K. E. (2021). Effects of cannabis use on alcohol consumption in a sample of treatment-engaged heavy drinkers in Colorado. *Addiction*, 116(9). <https://doi.org/10.1111/add.15407>
- Khadjesari, Z., Stevenson, F., Godfrey, C., & Murray, E. (2015). Negotiating the “grey area between normal social drinking and being a smelly tramp”: A qualitative study of people searching for help online to reduce their drinking. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(6), 2011-2020. <https://doi.org/10.1111/hex.12351>
- Kral, A. H., Wenger, L., Novak, S. P., Chu, D., Corsi, K. F., Coffa, D., Shapiro, B., & Bluthenthal, R. N. (2015). Is cannabis use associated with less opioid use among people who inject drugs? *Drug and Alcohol Dependence*, 153, 236-241. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.014>
- Kruger, D. J., & Kruger, J. S. (2019). Medical Cannabis Users’ Comparisons between Medical Cannabis and Mainstream Medicine. *Journal of Psychoactive Drugs*, 51(1), 31-36. <https://doi.org/10.1080/02791072.2018.1563314>
- Kvamme, S. L., Pedersen, M. M., Rømer Thomsen, K., & Thylstrup, B. (2021). Exploring the use of cannabis as a substitute for prescription drugs in a convenience sample. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00520-5>
- Labigalini, E., Rodrigues, L. R., & Silveira, D. X. D. (1999). Therapeutic Use of Cannabis by Crack Addicts in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(4), 451-455. <https://doi.org/10.1080/02791072.1999.10471776>
- Lake, S., & St Pierre, M. (2020). The relationship between cannabis use and patient outcomes in medication-based treatment of opioid use disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 82, 101939. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101939>
- Lau, N., Sales, P., Averill, S., Murphy, F., Sato, S.-O., & Murphy, S. (2015). A safer alternative: Cannabis substitution as harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 34(6), 654-659. <https://doi.org/10.1111/dar.12275>
- Le Nézet, O., Philippon, A., Lahaie, E., & Andler, R. (2021). *Les niveaux d’usage de cannabis en France en 2020* (Note de Synthèse 2021-06 ; p. 6). Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/note-cannabis-barometre-sante/>
- Lucas, P. G. (2008). Regulating compassion: An overview of Canada’s federal medical cannabis policy and practice. *Harm Reduction Journal*, 5(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-5-5>
- Lucas, P., Reiman, A., Earleywine, M., McGowan, S. K., Oleson, M., Coward, M. P., & Thomas, B. (2013). Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs: A dispensary-based survey of substitution effect in Canadian medical cannabis patients. *Addiction Research & Theory*, 21(5), 435-442. <https://doi.org/10.3109/16066359.2012.733465>

- Lucas, P., Walsh, Z., Crosby, K., Callaway, R., Belle-Isle, L., Kay, R., Capler, R., & Holtzman, S. (2016). Substituting cannabis for prescription drugs, alcohol and other substances among medical cannabis patients: The impact of contextual factors. *Drug and Alcohol Review*, 35(3), 326-333. <https://doi.org/10.1111/dar.12323>
- Meacham, M. C., Nobles, A. L., Tompkins, D. A., & Thrul, J. (2022). "I got a bunch of weed to help me through the withdrawals": Naturalistic cannabis use reported in online opioid and opioid recovery community discussion forums. *PLOS ONE*, 17(2), e0263583. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263583>
- Mercurio, A., Aston, E. R., Claborn, K. R., Waye, K., & Rosen, R. K. (2019). Marijuana as a Substitute for Prescription Medications: A Qualitative Study. *Substance Use & Misuse*, 54(11), 1894-1902. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1618336>
- Mikuriya, T. H. (2004). Cannabis as a Substitute for Alcohol: A Harm-Reduction Approach. *Journal of Cannabis Therapeutics*, 4(1), 79-93. https://doi.org/10.1300/J175v04n01_04
- Mok, J., Milloy, M.-J., Grant, C., Lake, S., DeBeck, K., Hayashi, K., Kerr, T., & Socias, M. E. (2022). Use of Cannabis as a Harm Reduction Strategy Among People Who Use Drugs: A Cohort Study. *Cannabis and Cannabinoid Research*. <https://doi.org/10.1089/can.2021.0229>
- Nguyen, T., Li, Y., Greene, D., Stancliff, S., & Quackenbush, N. (2023). Changes in Prescribed Opioid Dosages Among Patients Receiving Medical Cannabis for Chronic Pain, New York State, 2017-2019. *JAMA Network Open*, 6(1), e2254573. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.54573>
- Ogborne, A. C., Smart, R. G., Weber, T., & Birchmore-Timney, C. (2000). Who is Using Cannabis as a Medicine and Why: An Exploratory Study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(4), 435-443. <https://doi.org/10.1080/02791072.2000.10400245>
- Olthuis, J. V., Darredeau, C., & Barrett, S. P. (2013). Substance use initiation: The role of simultaneous polysubstance use. *Drug and Alcohol Review*, 32(1), 67-71. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00470.x>
- Paquette, C. E., Daughters, S. B., & Witkiewitz, K. (2022). Expanding the continuum of substance use disorder treatment: Nonabstinence approaches. *Clinical Psychology Review*, 91, 102110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102110>
- Park, J.-Y., & Wu, L.-T. (2017). Prevalence, reasons, perceived effects, and correlates of medical marijuana use: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, 177, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.03.009>
- Paul, B., Thulien, M., Knight, R., Milloy, M. J., Howard, B., Nelson, S., & Fast, D. (2020). "Something that actually works": Cannabis use among young people in the context of street entrenchment. *PloS One*, 15(7), e0236243. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236243>
- Peppin, J. F., Raffa, R. B., & Schatman, M. E. (2020). The Polysubstance Overdose-Death Crisis. *Journal of Pain Research*, 13, 3405-3408. <https://doi.org/10.2147/JPR.S295715>
- Peters II, D. C. (2013). Patients and Caregivers Report Using Medical Marijuana to Decrease Prescription Narcotics Use. *Humboldt Journal of Social Relations*, 35, 24-40.

- Philibert, A., & Zobel, F. (2019). *Revue internationale des modèles de régulation du cannabis*. Université de Genève. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:118515>
- Pritchett, C. E., Flynn, H., Wang, Y., & Polston, J. E. (2022). Medical Cannabis Patients Report Improvements in Health Functioning and Reductions in Opiate Use. *Substance Use & Misuse*, 0(0), 1–10. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2107673>
- Reddon, H., DeBeck, K., Socias, M.-E., Lake, S., Dong, H., Hayashi, K., & Milloy, M.-J. (2021). Frequent Cannabis Use Is Negatively Associated with Frequency of Injection Drug Use Among People Who Inject Drugs in a Canadian Setting. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 6(5), 435–445. <https://doi.org/10.1089/can.2019.0104>
- Reiman, A. (2006). *Cannabis care: Medical marijuana facilities as health service providers*. University of California.
- Reiman, A. (2009). Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs. *Harm Reduction Journal*, 6(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-6-35>
- Reiman, A., Welty, M., & Solomon, P. (2017). Cannabis as a Substitute for Opioid-Based Pain Medication: Patient Self-Report. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 2(1), 160–166. <https://doi.org/10.1089/can.2017.0012>
- Reinarman, C., Nunberg, H., Lanthier, F., & Heddlestone, T. (2011). Who Are Medical Marijuana Patients? Population Characteristics from Nine California Assessment Clinics. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(2), 128–135. <https://doi.org/10.1080/02791072.2011.587700>
- Reynaud-Maurupt, C. (2009). *Les habitués du cannabis – Une enquête qualitative auprès des usagers réguliers* (TREND – Tendances Récentes et Nouvelles Drogues, p. 312). OFDT. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2009/les-habitudes-du-cannabis-une-enquete-qualitative-aupres-des-usagers-reguliers-janvier-2009/>
- Ronsley, C., Nolan, S., Knight, R., Hayashi, K., Klimas, J., Walley, A., Wood, E., & Fairbairn, N. (2020). Treatment of stimulant use disorder: A systematic review of reviews. *PloS One*, 15(6), e0234809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234809>
- Scavone, J. L., Sterling, R. C., & Van Bockstaele, E. J. (2013). Cannabinoid and opioid interactions: Implications for opiate dependence and withdrawal. *Neuroscience*, 248, 637–654. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2013.04.034>
- Singh, C., Rao, K., Yadav, N., Vashist, Y., Chugh, P., Bansal, N., & Minocha, N. (2023). Current Cannabidiol Safety: A Review. *Current Drug Safety*, 18(4), 465–473
- Subbaraman, M. S. (2014). Can Cannabis be Considered a Substitute Medication for Alcohol? *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 49(3), 292–298. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt182>
- Takakuwa, K. M., Hergenrather, J. Y., Shofer, F. S., & Schears, R. M. (2020). The Impact of Medical Cannabis on Intermittent and Chronic Opioid Users with Back Pain: How Cannabis Diminished Prescription Opioid Usage. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 5(3), 263–270. <https://doi.org/10.1089/can.2019.0039>
- Tashkin, D. P. (2015). How beneficial is vaping cannabis to respiratory health compared to smoking? *Addiction*, 110(11), 1706–1707. <https://doi.org/10.1111/add.13075>

À LIRE

Déraillée,
Jo Mouke et Julien Rodriguez,
Éditions Le Passager
clandestin, 2022

Déraillée nous plonge dans l'histoire de Pénélope Renard, jeune femme déprimée accro à la cocaïne, qui atterrit dans le monde inconnu de la psychiatrie. Par le biais d'un récit autofictif, de descriptions précises et immersives, nous l'accompagnons dans son parcours de soin, des urgences psychiatriques au secteur psychiatrique, jusqu'à la supposée destination idéale : l'addictologie.

Pénélope nous entraîne dans les méandres de la peur, la honte d'en être arrivée là, de ne pouvoir s'en sortir seule, d'avoir à porter le costume de « folle » ou de « toxico », de devoir faire « comme si » devant l'entourage, et enfilant finalement celui du « burn-out » socialement plus acceptable.

« Je cherchais l'humanité dans l'enfermement, j'ai trouvé la solitude ».

« *Déraillée* », est-ce à entendre uniquement comme le parcours de l'héroïne ? Ou comme métaphore d'un accompagnement asilaire et sectoriel dédié à la protection des plus fragiles de la société, qui subit un manque criant de moyens, le désintérêt des pouvoirs publics, la réduction toujours plus importante des personnels soignants, dont sont illustrés les effets avant même l'arrivée de la Covid ?

Adeptes des belles formules, Pénélope navigue en « HP-kistan ». Elle nous décrit avec beaucoup d'humour les interactions entre patients psys, son rapport aux angoisses et à son monde intérieur, sa quête pour accéder au service d'addictologie avec son fameux contrat

de soins, l'esquisse d'un parcours de rétablissement et la légitimité de pouvoir accepter cette trajectoire.

Cet ouvrage propose une belle et actuelle illustration des enjeux et des représentations de la psychiatrie et de l'addictologie, leur méconnaissance, la stigmatisation, les difficultés rencontrées par leurs acteurs et leurs usagers.

Les observations sont fines, le graphisme accrocheur, l'édition impeccable.

À découvrir.

Les ordalies. Rituels et conduites,
Christophe Archan,
Raymond Verdier, Marc Valleur,
Gilduin Davy et Gérard Courtois (dir.),
Éditions Mare & Martin, 2022

Livre collectif de 390 pages publié en 2022 par les éditions Mare & Martin dans la collection « Droit & Science politique », *Les ordalies. Rituels et conduites* constitue le pendant éditorial au colloque organisé en décembre 2018 par le Centre d'Histoire et d'Anthropologie du Droit de l'Université de Paris-Nanterre intitulé *Rituels et Conduites ordaliques – Injustices et Vérités*. L'ouvrage est de belle facture et on s'interrogera juste sur quelques choix de forme : si la table des matières est paginée, le sommaire ne l'est pas ; les forts instructifs textes introductifs à chacune des parties ne sont pas indexés, avec pour conséquence que les renvois de page nous conduisent non pas au début d'une partie mais à la première contribution de celle-ci.

Le terme « ordalie » désigne une institution de type judiciaire comportant une épreuve engageant la vie de l'auteur présumé d'une transgression d'une gravité telle qu'elle met en péril la pérennité de la société, à tel point qu'il est nécessaire de faire intervenir des forces surnaturelles pour rétablir l'ordre menacé. Cette institution possède un certain nombre d'autres caractéristiques :

- des acteurs (l'accusé, les officiants...)
- une séquence d'actes organisés (rituels)
- des formes de langage (serments, invocations...)
- des éléments se rapportant au monde physique (eau, terre, feu, métal, poison...)
- une figure de l'Autre

C'est l'ensemble de ces caractéristiques que nous présente l'ouvrage, non pas d'un point de vue abstrait mais concrètement dans la vie même de telle ou telle société. Il se structure de quatre parties, chacune traitant d'un complexe thématique, historique et géographique, et constitue un remarquable outil de travail permettant d'approfondir séparément une caractéristique de l'institution ou d'en apprendre l'expression entière ou partielle, dans une société.

Ces quatre parties s'intitulent :

- Égypte, Inde, Occident
- Duels ordaliques dans l'Occident médiéval
- Rituels divinatoires, juratoires et ordaliques. Afrique noire. Madagascar
- Les conduites ordaliques : l'« animisme » des modernes ?

Ce double traitement, conceptuel et historique, ou ethnographique, ou sociologique, ou clinique, du concept permet d'en retrouver des manifestations, partielles, là même où elle n'a pas été instituée. Car si l'ordalie a été très répandue, il ne s'agit pas d'un invariant culturel ni d'un universel (par exemple, nous n'en trouvons pas trace dans les cultures de chasseurs-cueilleurs).

Les contributions permettent d'apprendre si oui et comment telle société a eu recours à l'ordalie, tout en comprenant mieux et plus en détail ce que l'on doit entendre par ce terme.

L'ordalie comme institution relève des sociétés dans lesquelles une instance supérieure possède une efficacité, qui trouvent leur ordre et leur sens dans celle-ci. D'où la progressive disparition de l'ordalie comme institution à la mesure de l'expansion de la pensée rationnelle scientifique.

Toutefois, des composantes en quelque sorte flottantes, non institutionnalisées, relevant d'engagements subjectifs, subsistent sous la forme des « conduites ordaliques » dans les sociétés modernes. Une contribution les repère dans l'imaginaire cinématographique, en particulier dans le film *La fureur de vivre*, dont le titre original comporte comme le témoignage de l'impossibilité désormais de se rapporter à une instance extramondaine : *Rebel without a cause*. Elles se manifestent tout particulièrement dans des conduites addictives, qui font l'objet de la dernière contribution, fortement nourrie de clinique et d'anthropologie. Cela ne tient ni du hasard ni, uniquement, à l'érudition de l'auteur mais répond à une nécessité. Celle de cerner la

sorte de matrice qui donne naissance aux ordalies dans les sociétés en rapport avec une figure de l'Autre, et aux conduites ordaliques dans les sociétés postmodernes. En repérant dans des conduites contemporaines la permanence des composantes de l'ancienne institution, l'addictologie en suggère par conséquent la dimension proprement anthropologique.

Et, sans que ce ne soit l'intention des auteurs, l'ouvrage, finalement, nous rappelle aussi que l'addictologie se situe autant dans les sciences de la nature que dans les sciences de l'esprit, qu'elle est capable d'enrichir et de stimuler.

