

APACHES

Attentes et PArcours liés au CHEmSex



Maitena Milhet

Mai 2019

CONTRIBUTIONS

Cette étude a été réalisée à la demande et avec le soutien financier de la Direction générale de la santé.

Responsables de l'enquête pour l'OFDT

Agnès Cadet-Taïrou médecin de santé publique, responsable du pôle Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND)

Maitena Milhet, Sociologue, Chargée d'études au pôle TREND et au pôle Évaluation des politiques publiques de l'OFDT)

Recueil de données

Préparation et coordination : Maitena Milhet et Agnès Cadet-Taïrou

Réalisation des entretiens auprès des personnes impliquées dans le Chemsex: Tim Madesclaire, Laurent Gaissad (EVCAU/ENSA), Guillaume Sudérie et Amandine Albisson (CREAI-ORS OCCITANIE).

Réalisation des entretiens auprès des intervenants : Maitena Milhet

Données SINTES - OFDT : Thomas Néfau

Données quantitatives : Annie Velter (SPF), Alain Léobon (CNRS)

Analyse et rédaction

Maitena Milhet

Comité de pilotage

Antonio Alexandre (ENIPSE)

Anne Batisse (CEIP-Addictovigilance)

Fred Bladou (AIDES)

Nicolas Buonomo (Le Kiosque Info Sida)

Jean-Christophe Comboroure (DGS-SP₂)

Ezra Daniel (DGS – SP₃)

Alain Léobon (CNRS)

David Michel (AIDES)

Khafil Moudachirou (AIDES)

Hannane Mouhim (Le Kiosque Info Sida)

Philippe Murat (DGS-SP₂)

Thomas Néfau (OEDT)

Grégory Pfau (Association Charonne)

Christel Protière (INSERM)

Jean-Michel Tassié (DGS – SP₃)

Annie Velter (Santé publique France),

Relecture du rapport

Julie-Émilie Adès, Agnès Cadet-Taïrou, Julien Morel d'Arleux

Remerciements

Aux personnes interviewées pour leur participation à l'enquête et leur disponibilité.

À Isabelle Michot pour sa rigueur et sa grande disponibilité dans la veille bibliographique réalisée. À Cristina Diaz-Gomez pour son soutien et ses précieux conseils.

Table des matières

| | |
|---|----|
| <i>Synthèse</i> | 4 |
| <i>Introduction</i> | 6 |
| Contexte et constats | 6 |
| Quelle(s) définition(s) ? | 7 |
| Objectifs de l'étude | 8 |
| <i>Méthodologie</i> | 9 |
| <i>État des lieux des pratiques et profils des HSH impliqués dans le chemsex</i> | 11 |
| Ampleur des pratiques chemsex connues en France et profils des chemsexers | 11 |
| Mise en perspective entre les profils de chemsexers et ceux de HSH usagers de drogues hors contextes sexuels..... | 12 |
| Enseignements et recommandations | 15 |
| Partie I. | 16 |
| Expérience du <i>chemsex</i> et trajectoires individuelles..... | 16 |
| <i>Chemsex : force et ambiguïté des plaisirs</i> | 17 |
| Le corps..... | 17 |
| Romances et amours | 17 |
| Entre gens de bonne compagnie..... | 18 |
| Lâcher-prise et expression de soi | 19 |
| La face sombre des plaisirs | 21 |
| Gérer la dissonance des plaisirs au cœur de la réduction des risques et de l'accompagnement ? | 22 |
| Enseignements et recommandations | 24 |
| <i>Initiations et engagements dans le chemsex</i> | 25 |
| Plusieurs entrées dans le chemsex..... | 25 |
| Diversité des parcours | 26 |
| Les facteurs d'intensification des pratiques, sources de dérapages..... | 28 |
| Autocontrôles et régulations collectives | 31 |
| Enseignements et recommandations | 39 |
| <i>Pauses et abandon des pratiques chemsex</i> | 41 |
| Les déclics..... | 41 |
| Les « techniques » et stratégies personnelles | 43 |
| « Maturing out » : mûrir une pause ou l'abandon du chemsex | 44 |
| Le rôle des supports sociaux et des dispositifs d'aides | 45 |
| Les épreuves majeures du processus d'abandon du chemsex | 47 |
| Enseignements et recommandations | 48 |
| Partie II. | 50 |
| Perception des risques et des dispositifs d'accompagnement..... | 50 |
| <i>Connaissances et perceptions des risques liés au chemsex</i> | 51 |
| Les dommages possibles..... | 51 |
| Quels sont les risques qui apparaissent méconnus ? | 53 |
| Un rapport personnel aux risques et aux prises de risque | 54 |
| Consentement et abus..... | 58 |
| Enseignements et recommandations | 60 |
| <i>Perception et attentes envers les dispositifs</i> | 62 |
| Diversité des contacts..... | 62 |
| Les caractéristiques attendues des échanges et pour la relation d'aide | 63 |
| La question de l'accessibilité | 64 |

| | |
|--|----|
| Enseignements et recommandations | 65 |
| <i>Le chemsex vu par les intervenants et professionnels de santé</i> | 66 |
| Prévention et réduction des risques : enjeux et modèles d'action | 67 |
| Repérage de personnes en difficultés | 68 |
| Accompagnement et soin | 69 |
| Difficultés et besoins identifiés par les intervenants | 71 |
| Les outils expérimentés dans le cadre d'études évaluatives en France | 72 |
| Enseignements et recommandations | 73 |
| <i>Recommandations générales</i> | 75 |
| <i>Annexes</i> | 78 |
| Annexe 1. Panel d'outils d'information, d'autosupport et de réduction des risques disponibles en France (février 2019) | 78 |
| Annexe 2. Panel d'outils développés à l'échelon international (février 2019)..... | 80 |
| Annexe 3. Table des interventions évaluées | 83 |
| Annexe 4. Prévalences des pratiques chemsex dans les enquêtes françaises | 88 |
| <i>Bibliographie</i> | 91 |

Synthèse

Depuis une dizaine d'années, on note un renouvellement des usages sexualisés de substances psychoactives parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), désignés sous le vocable *chemsex*. Outre l'usage de nouveaux produits de synthèse (NPS) parfois en injection et le recours aux applications de rencontre en ligne, le *chemsex* se distingue d'autres formes d'usages récréatifs de produits associés à la sexualité parmi les HSH par des consommations strictement au service des activités sexuelles, prévues pour une longue durée, impliquant plusieurs partenaires et souvent associées à des conduites à risques en matière de consommation ou de pratiques sexuelles.

Dans un contexte de montée d'inquiétudes et de signaux sanitaires associés au *chemsex* les autorités sanitaires ont souhaité disposer d'éclairages sur ces pratiques insuffisamment documentées en France. Le présent rapport restitue les résultats d'une enquête sociologique qualitative réalisée par l'OFDT en réponse à la demande de la Direction générale de la santé. Ils portent sur la dynamique des trajectoires individuelles et l'expérience du *chemsex* du point de vue des personnes impliquées dans ces pratiques. Le rapport fait également le point sur les données de prévalence disponibles [*État des lieux des pratiques et profils*] et recense un panel d'outils et interventions ayant fait preuve de leur intérêt en matière de réduction des risques et des dommages (RdRD) et d'accompagnement des personnes en difficulté. [*Le chemsex vu par les intervenants ; outils développés à l'échelon français et international ; interventions évaluées*]

Quel que soit le parcours des personnes rencontrées, heureux ou malheureux, le *chemsex* est avant tout une expérience individuelle de plaisirs qui vont bien au-delà de la stricte consommation de produits et de la sexualité. Le *chemsex* a l'épaisseur d'une expérience de vie ouvrant sur la relation à l'autre, amoureuse, amicale ou d'appartenance communautaire et favorisant l'expression de soi, une expérience libératrice dans un environnement global encore hostile à l'homosexualité. Les trajectoires individuelles s'inscrivent dans une dynamique conflictuelle entre plaisirs, accidents ou traumatismes. L'implication ou l'abandon des pratiques *chemsex* par les personnes sont intimement liés à la gestion de cette tension entre plaisirs pluriels, vivaces ou disparus. [*Chemsex : force et ambiguïté des plaisirs*]

Les trajectoires dans le *chemsex* se caractérisent par leur extrême diversité. Si des facteurs de risques associés au *chemsex* sont identifiés dans les enquêtes quantitatives, une approche fine et dynamique des parcours montre une grande hétérogénéité des initiations, implications et progressions dans le *chemsex*. On peut découvrir les drogues en même temps que le *chemsex* à 18 ou 62 ans, en devenir dépendant en quelques semaines ou bien s'inscrire dans un usage contrôlé. Dans cette grande diversité de trajectoires, on repère toutefois des facteurs fragilisants, susceptibles de contribuer à une inflexion des parcours vers des pratiques plus problématiques. Tout au long des trajectoires, on note une multiplicité de techniques de contrôle mises en œuvre par les personnes de façon autonome, qui freinent ou les protègent de prises de risques indésirables. Simultanément, à rebours des perceptions présentant les sexparties comme des espaces de prises de risques collectives inconsidérées, des stratégies collectives de réduction des risques, bien que fragiles, existent. L'existence de ces autocontrôles et de régulations collectives pose la question de leur renforcement. [*Initiation et engagement dans le chemsex*]

Les trajectoires dans le *chemsex* peuvent être jalonnées de pauses ou s'orienter vers une sortie au bout de quelques semaines, mois ou années. Ces abandons, provisoires ou définitifs sont portés par une série d'expériences accumulées qui forgent la décision individuelle. Une fois la décision mûrie, une stratégie de sortie est mise en œuvre appuyée sur la détermination personnelle et l'aide décisive de supports sociaux (entourage, famille, dispositifs d'aide). L'horizon du *chemsex* n'est ni la perte absolue de toute ressource personnelle ni nécessairement l'abstinence définitive. [*Pauses et abandon des pratiques chemsex*]

Les conduites à risques observées dans le cadre du *chemsex* sont affaire de méconnaissances d'une part et d'un rapport personnel aux prises de risques d'autre part. Le *chemsex* constitue en lui-même un contexte propice aux prises de risques par rapport auxquelles les personnes se positionnent en fonction de leurs connaissances mais aussi en opérant des choix selon que les risques leur paraissent évitables ou non, acceptables ou non. Bien qu'une partie des *chemsexers* disposent d'une culture sur les substances illicites et les modes d'usages à moindre risque, les besoins d'informations semblent majeurs sur les produits, les risques associés à leur consommation et les modalités d'usage garantant d'une réduction des risques en particulier s'agissant de l'injection. Concernant les pratiques sexuelles à haut risques, les besoins de connaissances sont moindres mais l'information sur les modalités de protection requises ou disponibles doit être renforcée. [*Connaissances et perception des risques associés au chemsex*]

Les recours aux dispositifs et les attentes exprimées par les répondants de cette étude soulignent une grande méconnaissance de l'offre de services pour certains et, sans que cela soit contradictoire, une conception très précise des besoins à satisfaire dans la relation d'aide. Développer et diffuser l'information sur les lieux ressources notamment en matière d'addictologie est nécessaire. Par ailleurs, un enjeu majeur porte sur la nécessité d'améliorer la confiance envers les dispositifs d'aides. Réduire les attitudes possiblement homophobes ou centrées sur une norme hétérosexuelle en est une condition centrale. [*Perceptions et attentes envers les dispositifs*]

Compte tenu la nouveauté du phénomène *chemsex*, le champ des réponses et des intervenants à mobiliser pour satisfaire les besoins des personnes en difficulté est en cours de construction. De nombreuses actions existent et se développent mais seul un très petit nombre ont fait l'objet d'une évaluation et il n'existe pas de référentiel d'action spécifique. Les expériences accumulées par un panel de professionnels en France et à l'étranger posent toutefois des jalons pour le repérage, l'accueil et l'accompagnement des personnes en difficultés. [*Le chemsex vu par les intervenants et professionnels de santé*]

Introduction

Le présent rapport est issu d'une commande de la Direction générale de la santé (DGS). Conformément à la stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030), dans un contexte de montée d'inquiétudes et de signaux sanitaires associés au *chemsex*, un phénomène encore peu documenté en France, les pouvoirs publics ont souhaité disposer d'éclairages favorisant l'élaboration de messages de prévention et de réduction des risques à destination des personnes impliquées dans le *chemsex* (désignées sous le vocable *chemsexers* par la suite) ainsi que de préconisations utiles aux intervenants susceptibles d'intervenir auprès des personnes en difficultés.

À cette fin, l'OFDT a proposé de conduire une enquête sociologique qualitative directement auprès des personnes impliquées dans des pratiques *chemsex* et ce, afin d'éclairer la dynamique de leurs trajectoires ainsi que leurs perceptions et attentes envers les dispositifs d'aide.

Contexte et constats

Le *chemsex* désigne des pratiques de consommation de substances psychoactives dans le cadre de relations sexuelles parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). Si l'usage de drogues au service de l'activité sexuelle n'est ni un phénomène nouveau, ni l'apanage de ces populations (Levy et Garnier, 2006 ; Toates, 2014), on constate un renouvellement des pratiques depuis une dizaine d'années, à l'origine de problèmes sanitaires qui attirent l'attention des professionnels de santé, des acteurs de santé communautaire et des pouvoirs publics (Gérome *et al.*, 2018 ; Milhet et Néfau, 2017).

Le renouvellement des usages de drogues en contextes sexuels porte en premier lieu sur les substances consommées généralement en polyconsommation qui se sont élargies aux nouveaux produits de synthèse (NPS), les cathinones en particulier, dont les effets sont peu connus des usagers.

L'émergence du *slam*, c'est-à-dire l'injection de stimulants en contexte sexuel marque également un changement d'autant plus préoccupant que cette pratique particulièrement risquée, peut concerner des publics n'ayant pas d'expérience de la réduction des risques en la matière.

Le *chemsex* est aussi porté par l'usage croissant des sites et applications de rencontres géolocalisées. Ces supports transforment radicalement les modalités de rencontres, réduites au maniement de codes succincts échangés en ligne et (généralement) suivis d'un contact quasi immédiat entre partenaires sexuels. Ils contribuent aussi à une privatisation des usages sexuels de produits la fréquentation des espaces publics n'étant plus un préalable nécessaire aux rencontres à visée sexuelle. Ces changements favorisent la diffusion potentielle du *chemsex* à des publics diversifiés et renforcent l'invisibilité des personnes potentiellement en difficulté.

Même s'il ne conduit pas nécessairement à des dommages, le *chemsex* alerte particulièrement dans la mesure où il expose les personnes aux risques liés à la fois à l'usage de substances psychoactives et à certaines pratiques sexuelles.

De plus, bien que le *chemsex* et le *slam* en particulier demeurent minoritaires parmi les HSH, on note une visibilité accrue des pratiques. Repérées à partir de 2007 sur le site parisien du dispositif TREND de l'OFDT, les pratiques *chemsex* se révèlent plus ostensiblement sur

l'ensemble des autres sites depuis 2014 : Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes, Toulouse, ainsi qu'à Nantes et en milieu périurbain ou rural comme dans le Libournais ou au Pays basque (Bailly *et al.*, 2018 ; Duport, 2018 ; Lazès-Charmetant et Delile, à paraître ; Lose et Spiritek, 2018 ; Pavic, 2018 ; Pfau *et al.*, 2018 ; Sudérie et Albisson, 2018 ; Tissot, 2018). Des signaux sanitaires et des dommages d'ordre somatique, psychologique et social sont rapportés aussi bien par le dispositif spécialisé en addictologie et les services de santé sexuelle que par le dispositif de droit commun, le réseau d'addictovigilance, le secteur associatif, les pharmacies d'officine. Les intervenants sont confrontés à un public et des problématiques nouvelles pour eux et pour lesquelles ils se sentent peu outillés.

La pertinence à assurer une veille sur ces pratiques est également renforcée par le caractère « précurseur » qu'elles peuvent revêtir, s'agissant des produits mobilisés. Le *chemsex* a en effet pour caractéristique d'impliquer une large gamme de substances, lesquelles sont susceptibles de se diffuser au-delà des cercles d'initiés, y compris en dehors des communautés gay (ainsi qu'en en atteste « l'itinéraire » du GHB/GBL au cours des deux dernières décennies).

Quelle(s) définition(s) ?

Les nouveaux usages de produits en contextes sexuels sont désignés par différents termes selon l'aire géographique considérée. Le terme *chemsex* créé en Grande Bretagne est utilisé en Europe (Stuart, 2019). Les mêmes pratiques sont désignées sous les vocables Party'n' Play (PnP) aux États-Unis ou Wired play en Australie (où l'on utilise aussi les deux autres termes) Quelle que soit l'appellation utilisée, un certain nombre d'éléments communs sont réunis pour définir le *chemsex*. Outre l'usage de NPS parfois en injection et le recours aux applications de rencontre, le *chemsex* se distingue des formes antérieures d'usages de produits en contextes sexuels chez les HSH dans la mesure où les consommations se feraient strictement au service des activités sexuelles, prévues pour une longue durée (plusieurs heures à plusieurs jours), impliquant plusieurs partenaires. Le *chemsex* se distingue d'autres formes d'usages récréatifs de produits associés à la sexualité parmi les HSH dans la mesure où il est plus fréquemment associé à des répertoires de pratiques extrêmes ainsi qu'à des conduites à risques (pénétration anales non protégées dites *bareback*, *fist-fucking*¹) entraînant des dommages (lésions physiques, contaminations VIH et VHC, surinfection hépatite C, répétition d'autres infections sexuellement transmissibles). De plus, ces pratiques s'inscrivent dans un contexte où les techniques innovantes de prévention biomédicalisées (TASP, PrEP et TPE²) changent considérablement le rapport aux conduites sexuelles à risques.

¹Pratique sexuelle consistant à pénétrer le rectum du partenaire avec la main, comportant des risques infections liés à des lésions ou dommages en cas de perforations.

² Le TASP (Treatment as prevention) réfère aux traitements contre le VIH qui, pris convenablement, permettent de diminuer la quantité du virus dans le sang et dans le sperme des personnes séropositives au point de la rendre indétectable. Le risque de transmission du virus est alors quasi-nul. La PrEP est un traitement préventif contre le VIH qui s'adresse aux personnes séronégatives et associe une prise de médicaments, des dépistages complets tous les trois mois (VIH, hépatites et autres infections sexuellement transmissibles), et un suivi médical. Le traitement post-exposition (TPE) est un traitement donné en urgence après un risque d'exposition au VIH pour empêcher le virus de s'installer dans l'organisme.

Au-delà de ces caractéristiques communes, les contours des pratiques considérées ou non comme relevant du *chemsex* ne sont pas uniformes et varient selon les pays, les intervenants ou bien les personnes impliquées dans de telles pratiques. Certaines approches circonscrivent le *chemsex* à des pratiques jugées problématiques, impliquant des prises de risques en matière de consommations de drogues et de pratiques sexuelles ainsi que des dommages sanitaires psychologiques et sociaux. D'autres approches estiment que le *chemsex* recouvre également des pratiques non problématiques, soit parce que les personnes contrôlent leur implication dans le *chemsex* évitant les dommages possibles, soit parce qu'elles jugent leurs pratiques comme étant non problématiques en dépit de prises de risques et de dommages. Dans la présente étude, la délimitation choisie pour le « *chemsex* » est rendue à l'appréciation des principaux intéressés. Il a été demandé aux répondants d'explicitier ce qui, dans leurs pratiques d'usages de produits en contextes sexuels, correspondait à « du *chemsex* ». L'objectif de l'étude consistant à étayer la signification donnée à ces pratiques par les personnes elles-mêmes.

Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectif principal d'étayer la connaissance du *chemsex* à partir de l'expérience et des trajectoires des personnes impliquées dans ces pratiques.

- ✓ Comment les répondants définissent-ils le *chemsex* ?
- ✓ Quand se sont-ils impliqués dans des pratiques *chemsex* ?
- ✓ Quelles étaient leurs pratiques et leurs motivations au départ ? Ont-elles évolué ?
- ✓ Quelles sont leurs connaissances et perception des risques associés au *chemsex* ?
- ✓ Rencontrent-ils ou ont-ils rencontré des difficultés ?
- ✓ Quelles sont leurs connaissances et attentes envers les dispositifs d'aides ?...

Les analyses s'inscrivent dans le cadre d'une approche sociologique compréhensive visant à mettre en lumière les logiques guidant les conduites individuelles ainsi que le sens donné par les personnes à leurs pratiques. Mieux connaître le point de vue des principaux intéressés sur leurs pratiques *chemsex* constitue une dimension incontournable pour la mise en œuvre d'une politique publique cohérente.

En complément de cet objectif principal, l'étude propose une mise en perspective de l'expérience des personnes avec les perceptions du *chemsex* et les pratiques professionnelles des intervenants.

- ✓ Quelles sont les connaissances des intervenants sur les produits consommés et les pratiques sexuelles adoptées dans le cadre du *chemsex* ?
- ✓ Quelles sont leurs pratiques en matière de repérage et d'accompagnement ?
- ✓ Quelles sont leurs difficultés ?
- ✓ Quels sont leurs préconisations en vue d'améliorer les réponses données aux personnes rencontrées ? ...

Méthodologie

Cette étude s'appuie sur des entretiens semi-directifs approfondis réalisés auprès de 37 HSH au cours de l'année 2018. Le recrutement des personnes a obéi au principe méthodologique de l'échantillonnage théorique (Glaser et Strauss, 1967) qui consiste à inclure la plus grande diversité possible de sujets dans le cadre d'une enquête qualitative. En vue de réunir cette diversité des profils dans l'échantillon, les personnes ont été recrutées en faisant varier les critères suivants : âge, niveau de qualification / profession, *chemsex* pratiqué ou abandonné au jour de l'entretien, durée du parcours *chemsex*, pratique du *slam*, sérologie VIH, contact avec les dispositifs, lieu de résidence (voir tableau ci-après. *Profil des personnes interviewées*). Les entretiens ont duré entre 1 heure 30 et 3 heures environ. Ils se sont déroulés selon une grille thématique structurée autour des axes de l'étude : trajectoire de consommations de produits en contexte sexuel, perception et gestion des risques éventuels, attentes et besoins éventuels à destination des dispositifs d'aide. Ils ont été enregistrés avec l'accord des personnes puis intégralement retranscrits. Les données ont fait l'objet d'une analyse de contenu. L'anonymat est garanti par l'utilisation de pseudonymes. La consultation régulière du groupe de discussion dédié au *chemsex* créé par l'association AIDES sur facebook a également permis d'enrichir ce matériau.

En complément de l'enquête conduite auprès des *chemsexers*, des entretiens semi-directifs approfondis ont été réalisés auprès d'une série d'intervenants impliqués dans la prévention ou l'accompagnement des personnes, exerçant à l'hôpital, dans le dispositif médicosocial (CSAPA – CAARUD³), associatif, en libéral : addictologue (2), santé communautaire (6), infirmier (1), psychologue, psychiatre (2).

D'une durée moyenne de 2 heures, ces entretiens ont été enregistrés avec l'accord des intéressés puis retranscrits.

Des données ont également été réunies sur les outils d'information et d'intervention existant en France et à l'international. Ils fournissent un premier aperçu des supports élaborés pour communiquer et accompagner les personnes impliqués dans le *chemsex*. Non exhaustif, cet aperçu nécessitera une actualisation en continu.

Limites méthodologiques :

Comme dans toute enquête qualitative, les données recueillies n'ont pas vocation à la représentativité. Il est probable qu'une partie des personnes impliquées dans des pratiques *chemsex* ne se retrouvent pas dans les analyses proposées. Toutefois, l'exigence de diversification des profils de l'échantillon et les procédures de recrutement observées à cette fin ont permis de couvrir une grande variété d'expériences et de situations. Par ailleurs, compte tenu du périmètre de cette enquête auprès des professionnels, seul un panel limité d'intervenants a pu être rencontré. Une consultation bien plus large de personnels mobilisés dans le champ doit être organisée en vue de documenter les actions et expériences en cours.

³ Centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie et Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques des usagers de drogues.

Profils des personnes interviewées le jour de l'entretien

| Critère | Profil échantillon (n=37) | | | |
|---|---|---------------------|--------------------|---------------------|
| Âge | 7 pers. (22-28 ans) | 12 pers. (31-39ans) | 8 pers. (40-49ans) | 10 pers. (51-64ans) |
| Statut <i>chemsex</i> | 25 pers. (actifs) / 7 pers. (phase d'arrêt quelques mois) / 5 pers. (arrêt depuis 2 à 5 ans) | | | |
| Diplôme / profession | 14 pers. (bac+4 bac+5) : ingénieur-recherche/informatique/commercial, architecte, cadre comptable, chômage ... 23 pers. (niveau collège à Bac +3) : barman, ouvrier agricole, maçon, costumier, aide-soignant, infirmier, restauration, éducateur, milieu artistique ... | | | |
| Durée parcours | 9 pers. (8 mois à 2 ans) – 12 pers. (3 à 5 ans) – 9 pers. (6-8 ans) – 7 pers. (+10 ans) | | | |
| <i>Slam</i> | 17 pers. OUI / 20 pers. NON | | | |
| Contact dispositif (pour <i>chemsex</i>) | 19 pers. OUI / 18 pers. NON | | | |
| Statut VIH | 20 pers. VIH+ / 17 pers. VIH- | | | |
| Lieu résidence | 14 (Paris-Banlieue) / 2 Lyon / 1 Dijon / 1 Lille / 5 milieu rural / 9 Montpellier / 1 voyageur / 4 Toulouse | | | |

Analyse de produits

Sur la période de l'enquête (février 2018 – février 2019), 13 échantillons de produits consommés dans le cadre de pratiques *chemsex* ont pu être analysés dans le cadre du dispositif SINTES (Système d'identification des substances) de l'OFDT. Les échantillons ont été cédés en vue de vérifier la concordance entre le produit supposé acheté et le produit effectivement en possession de l'utilisateur après réception d'une part et/ou à la suite d'effets inhabituels rapportés par l'utilisateur. Les résultats des analyses sont présentés ci-après. Dans la plupart des cas, le produit identifié est conforme à la molécule supposée achetée par l'utilisateur.

Produits consommés dans le cadre de *chemsex* envoyés pour analyses par SINTES - OFDT

| Produit attendu | Produit identifié | Région |
|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| 3-MMC | Ephylone | Bretagne |
| 3-MMC | 4-Cl-alpha-PVP + N-ethylhexedrone | Île-de-France |
| Kétamine | Kétamine | Aquitaine |
| 3-MMC | 3-MMC | PACA |
| 3-MMC | 3-MMC | PACA |
| 3-MMC | 3-MMC | Aquitaine |
| 3-MMC | 3-MMC | Aquitaine |
| 3-MMC | 3-MMC | PACA |
| MDPHP | MDPHP | Centre |
| Méphédron | 3-MMC | Aquitaine |
| Méthamphétamine | Méthamphétamine | Auvergne-Rhône-Alpes |
| Pervitine (méthamphétamine) | Méthamphétamine | Languedoc-Roussillon |
| Cocaïne | Cocaïne | Aquitaine |

État des lieux des pratiques et profils des HSH impliqués dans le *chemsex*

En France, la thématique du *chemsex* a été abordée dans des enquêtes de santé de type comportemental menées auprès des HSH à partir de 2003 : NGB (Net Gay Baromètre), PREVAGAY, EMIS (European MSM internet survey) et ERAS (Enquête RApport au Sexe). Cependant, leurs méthodologies n'ont pas été conçues pour estimer en particulier la prévalence de la pratique du *chemsex*. De plus, du fait du caractère caché de la population des HSH et de l'aspect minoritaire du phénomène, leurs résultats sont à interpréter avec précaution. Elles offrent néanmoins des données de cadrage sur l'ampleur du *chemsex* parmi les HSH français. Ces enquêtes observationnelles ont été conduites dans des lieux de socialisation homosexuelle physiques (bar, saunas, *backrooms*) ou virtuels (sites Internet de rencontres, applications géolocalisées, réseaux sociaux). À l'image des mesures de prévalence du *chemsex* conduites à l'international, la définition des pratiques dites « *chemsex* » y est variable rendant les comparaisons délicates (Edmundson *et al.*, 2018 ; Giraudon *et al.*, 2018 ; Maxwell *et al.*, 2019 ; Ryan *et al.*, 2018). Parallèlement, des enquêtes françaises ont également été menées dans des dispositifs d'aide rencontrant des publics spécifiques de *chemsexers* particulièrement vulnérables (Hoang *et al.*, 2018 ; L'Yavanc *et al.*, 2014).

Ampleur des pratiques chemsex connues en France et profils des chemsexers

Un ensemble de signaux sanitaires rapportés par les acteurs de terrain et le dispositif d'addictovigilance témoignent de situations individuelles préoccupantes voire graves nécessitant, la mise en œuvre d'actions de prévention, de réduction des risques et des dommages (RdRD) ainsi qu'une offre de soins à destination des personnes en difficultés (Batisse *et al.*, 2018b ; Batisse *et al.*, 2016b ; Milhet et Néfau, 2017 ; Tissot, 2018). Toutefois, le *chemsex* et le *slam* demeurent des pratiques minoritaires parmi l'ensemble des HSH en France comme à l'international (Ahmed *et al.*, 2016 ; Maxwell *et al.*, 2019).

Bien que les indicateurs utilisés ne soient pas identiques dans les enquêtes et les sous-populations investiguées probablement spécifiques, 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 (voir tableau Annexe 4). L'édition 2010 de l'enquête EMIS conduite auprès de plus de 160 000 HSH à l'échelon européen fournit également des estimations de prévalence du *chemsex* pour les HSH recrutés dans 44 villes européennes. Ce phénomène représente entre 16 % et 0,4 % des HSH selon la ville de résidence des populations interrogées. Paris arrive en 14^{ème} position s'agissant des consommations en contextes sexuels, derrière plusieurs villes britanniques (Brighton, Manchester, Londres), espagnoles (Barcelone, Madrid, Valence), ainsi que derrière Zurich, Dublin, Berlin, Bruxelles, Rome et Varsovie. Lyon se place en 23^{ème} position⁴ (Schmidt *et al.*, 2016).

⁴ Ce classement est établi par les chercheurs par rapport au groupe de référence défini dans l'étude, à savoir un échantillon de 36 609 HSH résidant en Allemagne hors des grandes villes et au sein duquel 1,2 % des individus déclarent avoir consommé au moins 1 des 4 produits retenus au cours du dernier mois.

En termes de profils, les personnes pratiquant le *chemsex*, ne se différencient pas tant par leurs caractéristiques sociodémographiques que par leurs modes de vie associé à une sous-culture sexuelle gay⁵. Les usages sexuels de produits apparaissent ainsi plus marqués parmi les HSH ayant plusieurs partenaires sexuels. Le *chemsex* se révèle également davantage présent parmi les HSH en quête de sensations fortes, amateurs de pratiques sexuelles marginales, dites *hard* ou encore parmi ceux qui pratiquent une sexualité à risque (pénétration anale non protégée ou usage intermittent du préservatif entre partenaires séro-différents, fist, partage sextoys...). Ces publics sont ainsi plus exposés aux risques de contamination des maladies infectieuses et bactériennes (VIH, VHC, IST).

Les prévalences de *chemsex* sont également plus élevées dans des sous-groupes de HSH séropositifs au VIH, séronégatifs ayant recours à la PrEP (prophylaxie pré-exposition au VIH) ou fortement impliqués dans une sociabilité gay (en particulier amis avec des HSH eux-aussi usagers de drogues et adeptes de pratiques sexuelles *hard*). Le risque de transmission des maladies infectieuses est ainsi amplifié chez les publics pratiquant le *chemsex*.

De façon semblable à ce qui est observé parmi les HSH résidant en France, le multipartenariat sexuel et la séropositivité au VIH sont également associés au *chemsex* parmi les populations investiguées en Europe. Les chances de pratiquer le *chemsex* sont multipliées par cinq lorsque les répondants ont plus de 10 partenaires sexuels (OR : 4,73 ; IC 95 % [3,98 ; 5,62]) ou sont séropositifs (OR : 4,69 ; IC 95 % [4,61 ; 5,33]). L'âge ressort des enquêtes comme un facteur de protection, le *chemsex* concernant plus largement les HSH de moins de 39 ans. Ainsi, les HSH âgées de plus de 40 ans ont un risque plus faible de 31 % de pratiquer le *chemsex* que ceux de moins de 25 ans (OR : 0,69 ; IC 95 % [0,63 ; 0,77]). La ville de résidence est également corrélée au *chemsex*. Habiter Paris multiplie par deux le risque de pratiquer le *chemsex* par rapport aux HSH résidant en Allemagne (OR : 2,52 ; IC 95 % [2,09-3,04]), alors que résider à Barcelone fait augmenter ce risque en le multipliant par quatre ou par huit lorsque Londres est la ville de résidence des personnes (Schmidt *et al.*, 2016).

Les profils et facteurs de vulnérabilité retrouvés parmi les *chemsexers* français ou européens interrogés dans les enquêtes concordent avec les résultats obtenus dans la littérature internationale (Glynn *et al.*, 2018 ; Gonzalez-Baeza *et al.*, 2018 ; Hammoud *et al.*, 2018 ; Maxwell *et al.*, 2019 ; Melendez-Torres *et al.*, 2017 ; Pakianathan *et al.*, 2018 ; Pufall *et al.*, 2018 ; Tomkins *et al.*, 2018 ; Tomkins *et al.*, 2019 ; UNODC, 2017b, c).

Mise en perspective entre les profils de chemsexers et ceux de HSH usagers de drogues hors contextes sexuels

L'enquête Net Gay Baromètre (NGB) conduite auprès de 10 199 HSH et personnes transgenre en 2018 a permis d'explorer deux profils de HSH ayant une consommation de substances psychoactives intensive en contextes sexuels ou bien dans d'autres contextes non spécifiquement orientés vers les pratiques sexuelles (voir tableau Annexe 4)(Léobon *et al.*, 2019).

⁵ Cette notion renvoie à un ensemble de normes régissant le rapport à la sexualité dans certains cercles gays : fréquence des rapports sexuels, partenaires multiples, rapport décomplexé à la sexualité, performance supposée ou attendue, ... Cet ensemble de normes délimite des modalités de rencontres et répertoires de pratiques sexuelles spécifiques.

Afin de caractériser les publics ayant les pratiques les plus à risque, des indicateurs attestant d'un usage de substances en polyconsommations (hors cannabis, poppers, viagra, stéroïdes et anabolisants) au moins une fois par mois dans l'année passée ont été retenus. De ce fait, les deux publics de HSH comparés ont une consommation de substances illicites plus marquée que celles de l'ensemble des répondants au NGB et recouvrent des profils très minoritaires dans l'échantillon global (respectivement 266 HSH usagers intensifs de drogues hors contextes sexuels et 279 *chemsexers*)⁶.

Bien que la majorité des deux groupes considérés a été recrutée au travers des réseaux sociaux, le recrutement via les sites de rencontre BDSM (Bondage Domination Sadisme et Masochisme) et *bareback* est plus marqué parmi les *chemsexers* que parmi les usagers de drogues intensifs hors contexte sexuel (HCS) (35 % vs. 10 %, $p < 0,001$). Les *chemsexers* passent plus de temps sur Internet en vue de rencontres à des fins sexuelles (11 heures d'utilisation hebdomadaire en moyenne contre 7 heures $p < 0,001$ pour les HSH usagers de drogues HCS). Près de la moitié des *chemsexers* (45 %) déclarent utiliser des applications de rencontre plusieurs fois par jour, contre 29 % ($p < 0,001$) des usagers intensifs HCS. Dans cet échantillon d'HSH, les *chemsexers* sont plus âgés que les usagers intensifs HCS (41 ans vs 34 ans en moyenne, $p < 0,001$).

Par ailleurs, les deux groupes ne se différencient pas tant par leur situation professionnelle que par la répartition de leurs ressources mensuelles, les *chemsexers* se révélant financièrement plus favorisés : seuls 6 % d'entre eux disent percevoir moins de 600 euros par mois alors que 15 % des HSH usagers intensifs HCS se déclarent dans cette situation. À l'opposé, les répondants qui déclarent percevoir plus de 5 000 euros par mois représentent 12 % des *chemsexers* contre 5 % des usagers HCS ($p < 0,001$). S'agissant de leur situation familiale, les *chemsexers* déclarent moins souvent être en couple (23 % vs. 31 % $p < 0,006$).

Trois facteurs spécifiques aux pratiques sexuelles au cours des 12 derniers mois distinguent clairement les *chemsexers* des autres HSH usagers de drogues HCS : le nombre de relations sexuelles avec des partenaires occasionnels masculins (90 relations en moyenne vs 37), le nombre de partenaires occasionnels (53 partenaires en moyenne contre 22) ainsi que le nombre de partenaires rencontrés en ligne (36 en moyenne vs 16). Par ailleurs, les *chemsexers* sont plus nombreux à refuser rarement les pratiques de sexe anal en raison du statut sérologique (82 % vs. 66 %, $p < 0,001$) et à pratiquer la pénétration anale sans préservatif avec des partenaires occasionnels (66 % vs. 24 %, $p < 0,001$). L'injection des drogues est plus fréquemment rapportée par les *chemsexers* de l'échantillon (25 vs 5%, $p < 0,001$). Comparés aux HSH usagers de drogues HCS, les *chemsexers* se révèlent ainsi plus impliqués dans des pratiques sexuelles à risques et plus vulnérables aux dommages associés. Près d'un tiers d'entre eux (32%) indiquent avoir été diagnostiqués séropositifs pour le VIH contre 10 % des HSH usagers hors *chemsex*. Pour autant, il est notable que les pratiques de dépistage s'agissant du VHC sont plus marquées parmi les *chemsexers* (72 % vs 56 % au cours des 12 derniers mois) de même que les démarches de vaccination en matière d'hépatite A (57 % vs 42 % au cours des 12 derniers mois).

Dans cet échantillon, une minorité de *chemsexers* déclarent des difficultés psychologiques et celles-ci sont moins marquées chez eux que chez les HSH usagers de drogues HCS. Ainsi, seuls 5 % des *chemsexers* de l'échantillon déclarent avoir eu des pensées ou idées suicidaires au cours de l'année passée contre 13 % des HSH usagers de drogues HCS ($p < 0,011$). De

⁶ Les deux précédentes éditions du NGB ont fait l'objet d'explorations relatives aux profils des répondants qui fournissent également des éclairages utiles (Léobon *et al.*, 2012, 2018).

même, 4 % des *chemsexers* disent avoir été très préoccupés par ces idées ou tentatives au cours des 12 derniers mois contre 9 % des usagers HCS.

Au final, à consommation de drogues équivalente, les profils de HSH déclarant ces usages en contextes sexuels ou hors contextes sexuels se différencient clairement par leur utilisation des applications de rencontre –plus fréquente parmi les *chemsexers*–, par leur âge –plus élevé– et leurs pratiques sexuelles, plus à risques parmi les *chemsexers*. Ces résultats sont en cohérence avec les données de la littérature exposés plus haut.

L'enquête souligne deux points d'intérêts non investigués par ailleurs : comparés aux HSH usagers de drogues hors contextes sexuels, les *chemsexers* ont des pratiques de dépistage plus marquées en matière de VHC et se disent moins affectés au plan psychologique.

Profil des chemsexers repérés par le dispositif d'observation et d'alerte

Dans le cadre d'une première évaluation des risques associés au *slam* réalisée par le réseau d'addictovigilance (CEIP-A) de Paris et de Montpellier, entre janvier 2008 et décembre 2013, le profil de 51 cas notifiés de personnes impliquées dans le *chemsex* a été examiné. L'âge moyen des personnes s'élevait à 40 ans avec une prévalence du VIH et une coinfection au VHC atteignant respectivement 82 % et 50 % des cas. Les principales complications associées au *chemsex* retrouvées parmi les personnes étaient des troubles psychiatriques dans 50 % des cas (symptômes psychotiques, agitation, anxiété, idées suicidaires ou tentatives de suicide), des intoxications aiguës dans 25 % des cas (dont 3 décès), une dépendance et abus aux produits dans 17 % des cas et des complications infectieuses (séroconversions virales) dans 8 % des cas (Batisse *et al.*, 2016b). Devant une série de cas de décès présumés en lien avec le *chemsex* en 2016, une nouvelle expertise a été réalisée par le réseau d'addictovigilance couvrant la période allant de janvier 2008 à août 2017. Sur les deux-cent trente-cinq cas de *chemsex* identifiés dans le cadre de cette expertise à partir des bases de données NotS (Notifications Spontanées), DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances), et Soumission Chimique, 24 décès ont été recensés. L'expertise fait état d'une augmentation importante du nombre de cas notifiés (1 cas en 2008, 50 au cours des huit premiers mois 2017). On observe également une population plus jeune, répartie de façon plus homogène sur le territoire ainsi qu'une évolution des substances psychoactives consommées. Les risques cardiovasculaires, neuropsychiques (suicides) et d'addiction se révèlent plus importants, les comas et décès plus nombreux (Batisse *et al.*, 2018b).

Enseignements et recommandations

En l'absence d'enquête de prévalence spécifiquement dédiée au *chemsex*, on ne dispose pas d'une mesure fiable de l'ampleur de ces pratiques. De plus, les indicateurs utilisés actuellement pour définir le *chemsex* dans les études comportementales plus larges, sont extrêmement hétérogènes. Bien que cohérentes les unes par rapport aux autres, les estimations du *chemsex* produites par ces enquêtes consacrées à la santé ou aux pratiques sexuelles des HSH prêterent à des confusions. Cela nuit au suivi du phénomène et à l'élaboration de réponses adaptées. Dans ce contexte, la nécessité pour les autorités de promouvoir la conduite d'études ad hoc permettant de caractériser l'ampleur et les contours des pratiques *chemsex* parmi les HSH français apparaît clairement. Il s'agit de favoriser l'élaboration d'une définition académique commune permettant de mettre en place des indicateurs ciblant les comportements à hauts risques. La construction d'un recueil de données harmonisé permettrait d'éviter les confusions liées à l'hétérogénéité des indicateurs existants.

Partie I.

Expérience du *chemsex* et trajectoires individuelles

Chemsex : force et ambiguïté des plaisirs

Quel que soit le parcours des personnes rencontrées, heureux ou malheureux, le *chemsex* est ou a été synonyme de plaisirs intenses, pluriels et contradictoires. Ces plaisirs constituent le cœur de l'expérience individuelle du *chemsex*. Ils recouvrent plusieurs dimensions, liées au corps, à la relation affective ou amoureuse, à la sociabilité ou à l'expression de soi. L'agencement de ces plaisirs s'inscrit dans une dynamique mouvante, parfois conflictuelle, propre à chaque personne (Milhet *et al.*, 2019) . L'implication ou l'abandon des pratiques *chemsex* paraissent intimement liés à cette dynamique entre plaisirs pluriels, vivaces ou disparus.

Le corps

De fait, le *chemsex* associe deux sources de plaisirs physiques difficilement communicables : ceux que procurent les drogues et ceux liés aux échanges sexuels. Ces plaisirs empruntent le langage de corps. En conséquence, interrogés sur les effets ressentis à l'occasion de sessions *chemsex*, certains répondants ne trouvent pas les mots en dehors de courtes affirmations telles que "*ça fait quelque chose*", "*t'es chaud, ça te rend chaud*". D'autres, ont recours à des métaphores mais peinent à développer leur propos ou ne terminent pas leur phrase.

Ça dégage des sensations qui sont à un niveau incommensurable... c'est orgasmique. C'est un orgasme qui peut durer des heures, un orgasme qui peut être répété sans... (Philippe, 49 ans)

Ce n'est pas comme la kétamine ou même le G où tu deviens une espèce de zombie. Avec ces drogues-là (3MMC et 4 MEC), tu brûles de l'intérieur, ça te fait monter un désir. (Diego, 58 ans)

Bien qu'ineffable, le caractère renversant des plaisirs physiques éprouvés au travers du *chemsex* irrigue les entretiens, marquant leur place centrale dans l'expérience des personnes.

Romances et amours

Les plaisirs apparentés au *chemsex* se déclinent également en termes de romance ou de sentiment d'intimité partagée. Un certain nombre de répondants racontent ainsi avoir éprouvé une forme de connexion au travers du partage de pratiques *chemsex* ou avoir débuté les usages de drogues en contexte sexuel à la suite d'un coup de foudre. Le *chemsex* devient la promesse d'émotions et de partage intime, dont la résonance est particulièrement forte pour les personnes en recherche de l'âme sœur ou souffrant d'isolement.

Le fait de l'avoir dans les bras, tout d'un coup, il y avait un réconfort, une sensation de légèreté, de bien être total. Il était mignon, attentionné, je l'étais aussi, on se faisait plaisir, on était bienveillant l'un envers l'autre [...] depuis, on se voit de temps en temps, ça pourrait peut-être être sérieux, on ne sait pas. (Jean, 25 ans)

J'avais l'impression de vraiment me donner à l'autre, de faire un don. Et réciproquement. Cette sensation que le temps s'arrête, que tu es dans une espèce de sphère spatio-temporelle... Je le voyais, il était encore plus beau, on s'embrassait, enfin il y avait tout un truc. Je sentais les moindres vibrations de son corps. (Fabien, 37 ans)

Dans certains cas, l'expérience du *chemsex* va au-delà d'une romance temporaire, plus ou moins intense. Elle s'inscrit dans une relation amoureuse, de couple. Consommer des drogues avec son compagnon revêt alors le caractère d'un geste amoureux. Armand en donne une illustration. En couple tout en ayant une sexualité en dehors de son couple, il ne consomme des produits qu'avec son partenaire, pour créer une intimité amoureuse avec lui qui n'est plus en capacité d'avoir des rapports sexuels sans drogue. En dehors de son couple, avec ses autres partenaires sexuels, Armand ne prend aucun produit.

Je n'en prends qu'avec Michel, parce qu'il ne peut pas baiser sans drogue. Avec les autres je n'en prends pas. Les autres en prennent, j'ai un amant qui en prend. Lui en prend, moi non (...) Le délire cul me suffit. Je n'ai pas besoin de drogues, je peux avoir des délires variés. (Armand, 52 ans)

Dans cette configuration, les drogues consommées, de par leurs effets entactogènes⁷, facilitent l'intimité recherchée, procurant une extrême sensibilité et des sensations de connexion inégalées dans les rapports sans drogues.

En tout cas, le truc qui est immédiat, c'est : ah ! T'as envie de te coller contre quelqu'un. C'est un truc, ça exacerbe tous les sens, et t'as envie d'être dorloté, t'as envie d'être cajolé, t'as envie d'être en contact avec... (Nabil, 35 ans)

Si on veut se désinhiber, c'est le GHB qu'il faut prendre. Si on veut justement du tactile, c'est de la MDMA. Ça rend réellement amoureux, c'est-à-dire que... on fait ça, mais c'est un orgasme, j'exagère pas, c'est vraiment impressionnant. C'est un multiplicateur de... (Hyppolyte, 31 ans).

Entre gens de bonne compagnie

Participer à une session *chemsex* a parfois peu à voir avec l'envie de drogues ou de sexe. Ces plaisirs n'en constituent pas nécessairement l'intérêt principal. Il s'agit alors essentiellement, de se joindre à un groupe, de profiter de moments de sociabilité intenses vécus comme singuliers.

Ce qui est marrant c'est que dans ces partouzes, moi je ne baisais quasiment pas. Je discute énormément... je rangeais tout, je faisais le ménage... (Ethan, 37 ans)

Décrivant plusieurs profils de participants dans les sexparties, « des personnes qui ne sont là que pour les chems, des personnes qui sont surtout là pour le contact social, des personnes qui ne sont là que pour baiser », Vassili se range dans la seconde catégorie. « C'est principalement pour le contexte social que je suis en partouze » dit-il. Du coup, il s'investit principalement dans l'organisation et l'animation des sessions, s'enquérant du contentement des uns et des autres...

J'aime bien en faire en sorte que les gens se sentent bien. Donc, je vais leur proposer de reprendre des trucs, de reprendre du G, d'aller leur chercher une boisson. Je recrute aussi, je passe pas mal de temps à essayer de faire venir des personnes, à être sur les applis, à contacter les personnes, à attendre que les personnes me contactent, nourrir la dynamique... Au final, je ne suis pas forcément une personne qui baise énormément. Mais j'aime ce contexte social, j'aime prendre des chems aussi... C'est vraiment un contexte où c'est juste être bien ensemble en fait. (Vassili, 32 ans)

⁷ Néologisme signifiant « donnant l'envie de toucher »

Jean évoque lui aussi la sociabilité singulière des *partouzes* qu'il présente comme une dimension importante du plaisir qu'il y trouve. Il apprécie fortement de se poser en observateur, être là tout simplement, et regarder ce groupe de personnes réunies dans une bulle de temps en rupture avec son mode de vie habituel. Il évoque « *la beauté* » d'un mélange des âges, des statuts sociaux, des appartenances ethniques.

Vraiment, tu sentais qu'il y avait un banquier d'affaires avec un petit étudiant et même un serveur d'un bar gay, il y avait vraiment un mélange. Des blacks, des rebeus, des blancs comme moi. Et je me suis dit : waouh, qu'est-ce que c'est beau ça, juste ça (...) Il m'arrive de baiser, de ne pas baiser, mais d'observer. Je me contente d'un peu tout. J'aime bien regarder les gens... voir les gens s'enlacer, se rencontrer... Je trouve ça assez poétique et si dans une soirée je ne baise pas, je ne vais pas me dire : oh la la, putain, je n'ai pas baisé. (Jean, 25 ans)

L'expérience que décrivent Jean et Vassili fait écho au pouvoir attractif d'espaces d'échanges socio-sexuels bien décrits dans la littérature, au sein desquels les différences sociales se dissolvent pour laisser place à un groupe homogène uni par des forts liens affectifs et une expérience de sociabilité partagée. Faire partie de ce collectif affectivement relié est en lui-même attractif pour les personnes (Melendez-Torres et Bonell, 2017).

Lâcher-prise et expression de soi

À travers le *chemsex*, les personnes accèdent à une forme de désinhibition favorisant la découverte des sensations inédites. L'expérience de lâcher-prise physique est en elle-même décrite comme particulièrement excitante. Pour certaines personnes, elle marque un tournant décisif dans leur sexualité, leur permettant d'expérimenter des pratiques sexuelles dans lesquelles elles n'avaient pas osé s'aventurer jusque-là en particulier les pénétrations anales réceptives et le *fist fucking*. D'autres, sans changer forcément leurs pratiques ni adopter des conduites sexuelles extrêmes dites *hard*, découvrent une sexualité plus intense.

Ça m'a complètement décoincé, je l'avoue. Des fantasmes complètement torrides, complètement décoisonnés. Les chems me l'ont permis, notamment le fist. Des trips un peu « domi », des pratiques comme ça. (Frank, 37 ans)

Je crois que je fais les mêmes choses avec et sans (chems), mais c'est une espèce de lâcher-prise qui n'est pas du tout le même. Le produit m'aide vraiment à me lâcher complètement et à être dans un rapport très fusionnel, animal... ça me désinhibe en intensité. L'intensité c'est le mot adéquat. (Colin, 61 ans)

Les plaisirs du lâcher-prise ne sont pas uniquement reliés à des sensations physiques ni guidés par un appétit sexuel débridé. La désinhibition évoquée dans les entretiens a aussi des résonances identitaires. Au travers des pratiques *chemsex*, certaines personnes disent s'autoriser à vivre leur homosexualité sans plus aucune entrave émotionnelle ni censure personnelle. Elles établissent un lien entre le *chemsex* et la levée d'une chape posée sur leur identité sexuelle. Transformée en homophobie intériorisée, leur expérience du stigmate de l'homosexualité a bridé leur confiance, leurs démarches de séduction ou leur accès au plaisir pendant des années.

Par exemple, Tom raconte qu'à la suite d'un *coming out* particulièrement douloureux et de plusieurs années pendant lesquelles il a « *très mal vécu (son) homosexualité* », la

consommation de drogues dans le cadre de ses rapports sexuels a été synonyme d'une libération.

À l'époque, j'avais vécu, au lycée, mon homosexualité de manière assez compliquée. En fait, j'ai été marginalisé. J'ai été marginalisé parce qu'homosexuel. Je suis aussi issu d'un milieu très traditionnel du côté de mon père, d'origine marocaine et d'origine maghrébine. Lorsque j'ai fait mon coming out à 14 ans, j'ai été expulsé de chez ma mère, j'ai passé un an et demi au Maroc où, en gros, la proposition de mon père, c'était : soit je te tue, soit tu changes (...) Pour moi, justement, cette ouverture-là, c'était comme une sorte de libération d'une soupape de décompression qui explosait ... Le premier slam a été pour moi, quelque chose de très fort, comme une espèce de découverte. Ça a été, pour moi, le début d'une espèce de libération sexuelle totale. (Tom, 22 ans)

En favorisant le lâcher prise, les drogues libèrent également de l'injonction de se conformer à des normes de performance sexuelle et standards de désirabilité en vigueur sur les applications de rencontre qui sont impossibles à satisfaire pour la plupart. Les produits font tomber les complexes de ceux dont l'apparence physique n'est pas conforme aux canons véhiculés sur les applications et rendent possibles le maintien d'activités sexuelles renouvelées sur plusieurs jours consécutifs parfois. Ces effets des drogues sont synonymes d'une grande respiration tant les normes encadrant les rencontres sont contraignantes, vécues comme sévères et exclusives. Au plan des pratiques sexuelles, les effets vasodilatateurs et musculo-relaxants des produits favorisent les pénétrations anales réceptives. Outre la découverte de sensations de plaisirs nouvelles pour certains, les répondants évoquent l'intensité d'une autre forme de jouissance, celle liée à la possibilité d'assumer alors pleinement un comportement sexuel dit « passif » écarté ou mal vécu jusque-là. Il s'agit en effet d'un rôle sexuel symboliquement associé à une identité féminine de laquelle beaucoup ont cherché à se déprendre sous l'effet d'une homophobie intériorisée d'une part et du *culte de la virilité* structurant nombre d'interactions sexuelles d'autre part (Fournier, 2010 ; Fournier et Escots, 2010). Du point de vue des personnes, le *chemsex* permet de s'affranchir de ces prescriptions sociales en matière de genre ou de comportement sexuel, l'attire pour maintenir les consommations dans les contextes sexuels n'en est que plus fort.

Au total, si le caractère central des plaisirs physiques dans les motivations du *chemsex* est bien montré dans la littérature (Gaissad, 2013 ; Halkitis *et al.*, 2005 ; Weatherburn *et al.*, 2017), les personnes rencontrées témoignent néanmoins d'une expérience plus complexe, dont les enjeux dépassent les sensations physiques éprouvées à l'occasion d'un *plan* ou de sessions *chemsex*. Pour certains, les plaisirs du *chemsex* sont ainsi étroitement liés aux émotions amoureuses partagées avec un compagnon de vie ou bien avec un partenaire avec qui des liens d'intimité intenses sont tissés de façon plus ou moins durables (Amaro, 2016). Pratiquer le *chemsex* revient à vivre ou prolonger ces liens de nature amoureuse à travers le partage de sentiments d'intense connexion mais aussi parfois le partage de pratiques à risque. Consommer des drogues à l'occasion d'échanges sexuels en groupe peut aussi avoir valeur de socialisation, les personnes ayant le sentiment plus ou moins temporaire d'intégrer un collectif, de devenir membre d'une communauté. Enfin, le *chemsex* est synonyme d'un lâcher prise sans précédent à la fois au plan des plaisirs sexuels mais aussi au plan de l'expression de soi. Le *chemsex* libère les fantasmes mais aussi du stress lié à une sexualité réprimée parfois pendant de longues années.

La face sombre des plaisirs

Pour une partie des personnes rencontrées, les pratiques *chemsex* sont simultanément associées à ces plaisirs occupant (ou ayant occupé) une place décisive dans leur vie, et à des plaisirs disparus ou traumatisants.

Invité à décrire ce qu'il considère comme étant "son meilleur plan", puis son "pire plan" *chemsex*, Étienne explique ainsi que les deux sont indissociables dans son expérience.

En fait, ce qui est fou, c'est qu'à chaque fois, le meilleur s'est transformé en pire. Donc, je n'ai pas vraiment de meilleur. Je crois qu'à chaque fois, je me suis dit : « waouh, c'est génial » et au bout d'un moment : putain, aidez-moi, je n'arrive pas à arrêter. (Étienne, 37 ans)

L'absence d'orgasme

À l'opposé de plaisirs physiques indicibles, le *chemsex* peut être synonyme d'une insatisfaction sexuelle débordante et sans fin. Certaines drogues, les stimulants en particulier, aiguïssent à ce point le désir qu'il devient impossible à satisfaire, il n'y a ni orgasme, ni éjaculation, en dépit d'échanges sexuels durant de nombreuses heures parfois. Ici, le *chemsex* est associé à une puissante frustration qui est physiquement et mentalement difficile à vivre et à exprimer.

Le problème du cristal (métamphétamine), c'est que tu n'es pas rassasié. Tu as toujours envie, que tu sois actif ou passif, et rien ne te satisfait, c'est ça qui est fou. Tu peux niquer pendant des heures et des heures, tu auras toujours envie de niquer et tu ne seras pas satisfait. (Armand, 52 ans)

J'ai honte de dire ça mais pour un homme, comment on dit ? Ce n'est pas "nymphomane"... Là, par exemple, j'ai pas dormi de la nuit... j'ai fait ma soirée et je n'ai pas encore éjaculé. J'ai encore envie de sexe et je suis fatigué. Mais je sais que je vais faire du sexe avant de me coucher, c'est sûr. Tant que je n'ai pas éjaculé, je n'ai que ça dans la tête. (Joël, 43 ans)

Un plaisir égoïste

Loin d'un échange intime, romantique, les sessions *chemsex* sont parfois décrites comme des moments de stricte *consommation* de corps. Les personnes regrettent une absence totale de relation interpersonnelle, chacun étant mû par la satisfaction de son propre plaisir, le corps des partenaires devenant un outil placé au service de cet objectif à atteindre. Décrivant ce type d'expérience, les personnes critiquent des échanges déshumanisés, égoïstes et par là potentiellement dangereux pour des partenaires qui ne prennent alors pas soin les uns des autres.

On baise avec des mecs avec qui on baiserait jamais sans drogue ou même avec alcool. En fait on s'en fout... On s'en fout on voit un cul, on voit une bite...en fait c'est ça. Dans les rapports sexuels avec drogues, on s'en fout de la personne. (Philippe, 49 ans)

Oui, consommation. Mais même si ça me plaît parce que c'est génial de trouver un mec dans la demi-heure quand on l'a décidé, je trouve quand même ça pathétique parce que c'est totalement déshumanisé. La consommation de sexe est totalement déshumanisée. Et du coup, ça peut faciliter d'autres formes de consommation, en l'occurrence celle des produits. (Colin, 61 ans)

Pour peu que la quantité consommée ou les produits mélangés sortent des pratiques d'usages habituelles à chacun, les mêmes drogues qui sont dépeintes comme favorisant le

contact et les sentiments de connexion, représentent un obstacle à toute relation et deviennent le vecteur d'une expérience décrite comme du consumérisme.

Je le vois à chaque fois quand je fais des partouzes qui ne se passent pas forcément bien ou quand je fais des soirées de cul qui ne sont pas forcément terribles. En général, c'est très lié au fait que l'on ait surconsommé et où du coup... On a perdu notre sexualité et notre moment de plaisir pour partir vers quelque chose de beaucoup plus consommation dans le sens très large du terme, consommation de mecs, consommation de drogues, quantité plutôt que qualité. (Georges, 25 ans)

Seul à plusieurs

Si les sessions *chemsex* peuvent être recherchées parce qu'elles créent des moments de partage et de sociabilité, elles sont aussi parfois décrites comme des moments de grande solitude, les personnes réunies dans un même espace n'ayant finalement que très peu d'interaction les unes avec les autres. Les répondants racontent avec humour ou amertume l'omniprésence des téléphones portables et la quête sans fin de nouveaux partenaires à recruter pour poursuivre la session, amenant les personnes présentes à ne plus se préoccuper les unes des autres.

Au bout d'un moment, je regarde ce triste spectacle : chacun était sur son téléphone, sur Grindr, sur Scruff, personne se parlait, à s'astiquer la nouille désespérément, à essayer de se faire bander. (Nabil, 35 ans)

Je me souviens d'une partouze, à côté de Gare de l'Est, moi je suis arrivé un lundi à 18 heures, totalement à jeun et je les voyais tous avec leur téléphone et je me suis dit, « c'est très bizarre alors qu'il y a assez de queues et de culs sur place ». Mais c'est ça. Peut-être pas faire beaucoup de baise puisqu'on est toujours dans la recherche, on est toujours à vouloir se percher, etc. (Jean, 25 ans)

Paradoxalement, alors qu'elles sont consommées initialement au service d'une sexualité nouvelle et partagée, les drogues peuvent aussi finir par faire obstacle aux interactions et aux relations sexuelles. Le plaisir procuré par les produits prend le pas sur celui éprouvé dans le partage de sexe avec produits. Bien qu'entourés de multiples partenaires, certains répondants décrivent ainsi leur enfermement progressif dans une recherche exclusive du plaisir lié aux drogues. Devenus dépendants du produit ou même du geste s'agissant des injecteurs, certains en viennent également à se couper de toute interaction, consommant chez eux en solitaire pour combler les effets du manque.

Sur ces quatre mois, ça a fait ça : beaucoup de sexe avec la drogue et puis après, moins de sexe, mais toujours beaucoup de drogue. Et je suis arrivé à un point où je me suis dit : Merde ! j'en prends juste pour me défoncer tout seul à la maison. Je me slamais tout seul à la maison juste pour être défoncé... je me branlais pendant des heures, c'était extraordinaire. (Jérémy, 37 ans)

Gérer la dissonance des plaisirs au cœur de la réduction des risques et de l'accompagnement ?

Plaisirs physiques, émotions amoureuses, sentiment d'appartenance ou libération identitaire constituent les dimensions clés de l'expérience du *chemsex*. Les trajectoires étant uniques, ces dimensions ne sont pas nécessairement toutes réunies pour chaque personne impliquée dans des pratiques *chemsex*. Elles ont aussi leur part d'ombre, faisant du *chemsex* une

expérience ambivalente de plaisirs pluriels mais aussi de tensions ou de traumatismes. Les parcours sont également dynamiques, une ou plusieurs des dimensions de plaisirs ou de souffrances peuvent occuper une place centrale à un moment de la trajectoire seulement.

Quand les plaisirs du *chemsex* entrent en tension avec des accidents, des moments de détresse ou traumatisants, l'ambivalence de l'expérience vécue constitue un défi majeur pour les personnes, leur entourage et les intervenants sollicités le cas échéant.

Physiquement, le *chemsex* peut être ainsi être synonyme à la fois de plaisirs inédits et de dommages incluant la dépendance aux drogues. Émotionnellement, les pratiques *chemsex* peuvent être l'occasion d'échanges intimes ou amoureux mais aussi de déconvenues affectives voire d'abus. Elles conduisent également à des moments de sociabilité ou bien à l'isolement (Hakim, 2019). Enfin, si le *chemsex* est parfois décrit comme une opportunité d'exprimer pleinement son identité sexuelle, l'expérience peut aussi être déstabilisante. Exprimer cette part de soi que certains se sont efforcés de rejeter pendant des années sous le poids d'une homophobie internalisée peut venir perturber un équilibre identitaire et créer un nouvel équilibre prend du temps.

Exceptés pour les « happy *chemsexers* », le caractère conflictuel des plaisirs associés au *chemsex* est une source de tensions déroutantes voire profondément perturbantes. Quelle signification accorder à une expérience d'une telle ambivalence ? Comment gérer l'entremêlement des plaisirs et des souffrances, des sentiments de libération et de culpabilité parfois, du désir et de la peur ? Comment parler ou faire comprendre de telles contradictions à un « outsider » en cas de difficultés ? Comment renoncer à une sexualité ou une expérience de vie si intense en dépit des souffrances et dommages que le *chemsex* a pu occasionner ? Comment trouver un équilibre dans les consommations, dans les relations ?

Ces questions comptent parmi les défis qui se posent aux personnes en difficulté avec leurs pratiques de *chemsex* mais aussi aux intervenants susceptibles de les rencontrer.

La fausse promesse des drogues et des applications de rencontre

Les drogues et les applications de rencontre jouent un rôle majeur dans la dérive possible de l'expérience de plaisirs vers des situations problématiques menaçant la santé, l'équilibre psychologique ou social de la personne. Les mêmes substances qui favorisent les plaisirs sexuels ont aussi pour effets secondaires de les empêcher parfois, parce que le désir est impossible à satisfaire ou parce que l'attrait pour les échanges sexuels est annulé par la recherche des effets des drogues ou la gestion de la dépendance. Certains usagers devenus dépendants n'ayant parfois plus aucune interaction avec un partenaire. Outils de rencontre et de socialisation, les applications favorisent parfois des expériences opposées d'isolement, la personne étant en interaction exclusive avec son téléphone dans une quête sans fin de partenaires qui demeurent des entités désincarnées.

Vecteurs de plaisirs, drogues et applications peuvent ainsi se changer en puissants obstacles pour atteindre ces plaisirs. En vue d'empêcher cette dérive, l'acquisition d'une culture de réduction des risques et des dommages se révèle nécessaire pour les personnes qui n'ont aucune connaissance des drogues. Pour les usagers plus expérimentés, le défi consiste à ne pas dépasser les limites au-delà desquelles ils perdent le contrôle de leurs consommations et s'exposent à des risques non souhaités. Faire bon usage des applications de rencontre soulève un problème de taille. Il n'existe ni « notice » ni règles balisant une utilisation de ces outils qui soit réellement au service de rencontres sans verser dans le consumérisme.

Le tabou des plaisirs

Occupant une place majeure dans l'expérience des personnes, les plaisirs physiques du *chemsex* sont difficiles à exprimer (Westhaver, 2005). D'une part parce que le corps a son propre langage mais aussi parce que les plaisirs liés aux drogues et à la sexualité entre hommes demeurent encore tabou ou stigmatisés (Pennant *et al.*, 2009). L'expérience du *chemsex* est simultanément celle de plaisirs décisifs et celle des stigmates entourant ces plaisirs. Cette contradiction peut être une source de tension et de stress difficiles à gérer pour les personnes, en particulier quand leur parcours dérape et qu'elles ont besoin de se tourner vers un dispositif d'aide. Il s'agit alors d'assumer aux yeux d'autrui mais aussi à leurs propres yeux parfois des conduites largement stigmatisées. De plus, comment inclure dans l'échange cette dimension centrale de leur expérience avec un intervenant qui ne connaîtrait ni les drogues ni l'homosexualité, possiblement porteur d'un jugement négatif sur la personne ?

Enseignements et recommandations

Le *chemsex* est avant tout une expérience individuelle de plaisirs qui vont bien au-delà de la stricte consommation de produits et de la sexualité. Les plaisirs du *chemsex* ont l'épaisseur d'une expérience de vie ouvrant sur la relation à l'autre, amoureuse, amicale ou d'appartenance communautaire et l'expression de soi dans un environnement global encore hostile à l'homosexualité. Ce résultat souligne la dimension positive du *chemsex*, synonyme, pour partie au moins, d'expériences heureuses. Il force également à interroger la prégnance de l'homophobie ressentie et de l'isolement d'une partie des *chemsexers* lequel est accentué par les injonctions de performance véhiculées sur les applications de rencontre en ligne.

De ce point de vue, percevoir le *chemsex* uniquement sous l'angle des dommages et problèmes qu'il peut occasionner constitue une vision tronquée, empêchant de saisir pleinement la dynamique de ces pratiques et donc aussi les demandes des personnes qui se tournent vers les dispositifs.

En dehors des parcours heureux, l'expérience du *chemsex* se révèle d'une grande ambivalence, les plaisirs pouvant être associés ou basculer dans des souffrances ou difficultés alarmantes.

C'est dans ce tableau-là de plaisirs multiples et de leur ambivalence que les comportements des personnes et en particulier les conduites à risques doivent être pensées et replacées en cas de sollicitation. Les prises de risques et dérives possibles des trajectoires s'inscrivent dans une dynamique complexe des plaisirs. Elles ne peuvent être comprises qu'en connexion avec la densité d'une expérience de vie même contradictoire.

Prendre en considération ces plaisirs parfois difficiles à exprimer constitue un enjeu majeur pour l'accueil, le dialogue et l'accompagnement des personnes. Réinscrire l'expérience individuelle dans le cadre d'une trajectoire mouvante est également nécessaire pour ne pas être perturbé par l'ambivalence possible des personnes dans leurs conduites ou leurs demandes.

Initiations et engagements dans le chemsex

Plusieurs entrées dans le chemsex

Dans le cadre des entretiens individuels, en vue de retracer le parcours des personnes dans leurs usages de drogues en contextes sexuel, il leur a été demandé de spécifier ce qui correspondait pour elles à des pratiques dites de « chemsex ». Pour certains, l'initiation au chemsex est rapportée à un moment de bascule dans une trajectoire d'usages de drogues débutés dans un cadre festif, associés ou non à des pratiques sexuelles. D'autres ont découvert simultanément les drogues et le sexe sous drogues sans avoir jamais consommé de produits illicites auparavant.

Dans le sillage de la fête

Usagers de drogues depuis plus de 20 ans, Philippe associe spécifiquement le chemsex à sa découverte de la 3MMC puis d'autres cathinones, il y a 10 ans. Même s'il avait consommé de nombreux produits, « les drogues anciennes » dit-il, dans le cadre de rapports sexuels collectifs, en sex club notamment, il fait une différence entre ce type de relations sexuelles sous produits inscrites dans un contexte festif et la recherche de « sexe pour le sexe », favorisée par les NPS.

« Moi, j'ai commencé les drogues à 27 ans...avec des ecstas, des choses comme ça, mais plus dans un truc festif...J'étais arrivé sur Montpellier, j'ai commencé à sortir davantage, donc là, on prend des drogues pour sortir, pour s'amuser, comme on est plus libre, on est complètement désinhibé, on a plus de rapports sexuels, mais c'est pas dans le but automatiquement du rapport sexuel. (...) Et puis les nouvelles drogues sont arrivées et ça... En fait, ça, ça a basculé du festif au sexe en passant qu'au sexe et après il n'y a plus de festif. C'est que du sexe. L'objectif, c'est le sexe. » (Philippe, 49 ans)

Rémy a des pratiques sexuelles avec drogues depuis une dizaine d'années, généralement à l'issue de soirées festives le week-end et tout en maintenant des rapports sexuels sans consommation de produits par ailleurs. Progressivement, son usage sexuel des produits s'est étendu à des soirées en espaces privés, en semaine, quand le sexe est le motif principal des rencontres, déconnecté d'un échange festif antérieur.

Ça peut être soit, soit d'un découlement d'une sortie festive...Une envie de sexe en after, etc., en continuant dans un sauna ou chez des mecs ou sinon, c'est... par exemple, en semaine, ou quand je sors pas, je cherchais un plan cul et que à ce moment-là, ben l'autre personne a des drogues ou j'en ai un peu, puis du coup j'en prends mais de façon plus raisonnable que, quand c'est en week-end. (Rémy, 28 ans)

Simon consomme diverses substances en contextes sexuels depuis 25 ans, de la MDMA et de la cocaïne initialement, des cathinones (méphédronne d'abord puis 3MMC, 4 MEC) depuis une près de 10 ans. Ses pratiques sexuelles sous produits ont toujours eu lieu à l'issue de soirées festives pendant près de 20 ans. Depuis quelques années, il se rend désormais directement dans une sexparty sans plus de temps passé en boîte de nuit. Il explique ce changement par son âge, il se dit « trop vieux ». Déconnecté du public ou de l'ambiance, les heures passées en boîtes de nuit lui semblent tout à la fois incongrues et comme une perte de temps.

J'ai vieilli entretemps ... Quand on commence à être trop vieux en discothèque, on laisse tomber le côté discothèque ou on saute le côté discothèque pour passer directement au sexuel... Ça s'est fait tout naturellement en fait, après un certain âge je m'identifiais pas en discothèque ou alors vraiment occasionnellement, ou alors vraiment des soirées très particulières... vraiment celles qui sont très festives et qui sont ouvert à tout le monde. (Simon, 51 ans)

Irruption des drogues dans le sexe

Plusieurs personnes rencontrées en entretiens, témoignent d'une découverte ou quasi découverte des produits directement dans le cadre de pratiques *chemsex*. Cette modalité d'entrée dans le *chemsex* est d'autant plus inattendue quand elle survient passé 40, 50 ou 60 ans, quand les personnes consomment rapidement plusieurs produits voire les découvrent directement en injection.

Par exemple, Oswald âgé de 47 ans, raconte avoir fumé du cannabis « *pour baiser* » à 42 ans. Il découvre « *les chems* » à 44 ans et consomme « *7 rails de 4MEC* » lors de cette « *première fois* ». Hormis le tabac, Bastien 64 ans, n'a jamais consommé de substance psychotrope avant l'âge de 62 ans. À cet âge-là, il s'essaie à la 3MMC et 4 MEC en sniff à l'occasion de « *plans sexe* », par curiosité dit-il. Au bout de quelques mois, porté par les désagréments du sniff et le contact d'un ami *slamer* en qui il a une grande confiance, sa crainte de l'injection tombe. Il fait désormais un usage sexuel de produits en injection une à deux fois par semaine. Roger, 50 ans, n'a jamais fréquenté d'espaces festifs gay. Il découvre les relations sexuelles avec drogues avec son compagnon, injectant de la méphédrone dès la première fois, dans l'intimité de son couple.

J'ai pas été quelqu'un qui sortait dans des boîtes ni dans des clubs, ça n'a jamais été mon truc... pour moi c'est le couple... Bon, mon ami m'a proposé plusieurs fois d'aller dans des saunas ou des choses comme ça, moi j'ai toujours refusé. J'ai toujours dit que ça ne m'intéressait pas [...]
Il m'a dit « voilà, ça se fait par injection », déjà... Intraveineuse, oui. Et il m'a dit « je fais la préparation et je te l'injecte avant qu'on commence le plan » et voilà. (Roger, 50 ans)

J'ai commencé doucement et un jour j'ai été confronté à des gens qui consommaient en intraveineuse. Je refusais de faire ça, je me disais : « Non, je pourrais jamais me faire ça, genre m'injecter du poison... » Et puis je me rendais compte que sniffer c'était très désagréable au niveau du nez, le nez piquait, ça brûlait, c'était très désagréable et j'avais un ami qui est consommateur aussi, on s'est retrouvé ensemble et puis c'est quelqu'un en qui j'avais vraiment confiance, et il me dit : « Veux-tu essayer ? » Je lui ai dit oui... j'ai trouvé ça vraiment très très différent. Ça fera bientôt deux ans en janvier, que je fais en intraveineuse. Et c'est vrai que ça apporte quelque chose de tout à fait différent. D'abord le, la réaction est beaucoup plus rapide qu'avec le sniff et... Et l'effet est beaucoup plus fort. On peut dire que l'effet est quasi décuplé, par rapport au sniff. (Bastien, 64 ans)

Diversité des parcours

Quel que soit le mode d'entrée dans le *chemsex*, aucune des trajectoires ultérieures décrites par les personnes n'est linéaire. Les parcours ne sont pas non plus scandés par des étapes stéréotypées : une initiation semblable à une « lune de miel » réunissant sexe et produits, suivie d'une implication plus moins rapide dans des pratiques sexuelles et de consommation de plus en plus problématiques puis d'une perte de contrôle. Les trajectoires individuelles sont au contraire irréductibles les unes aux autres. Elles sont faites d'allers et retours entre

des phases globalement positives et conformes aux attentes des personnes et des étapes plus critiques où certains perdent pied. Les trajectoires peuvent aussi être ponctuées par des pauses.

Globalement, on peut distinguer des parcours de « happy chemsexers », émaillés d'accidents ou de doutes mais dans l'ensemble épanouissants du point de vue des personnes et des trajectoires plus heurtées, traversées de moments de crises ou bien menant parfois les personnes à souffrir une véritable épreuve physique, sociale et personnelle, quand leurs pratiques chemsex sont devenues un mode de vie, éclipsant tout autre engagement.

Les parcours des « happy chemsexers »

Jeunes, seniors, chemsexers depuis 2 ou 8 ans, séropositif ou séronégatif, en contact ou non avec un intervenant, un certain nombre de répondants décrivent leurs pratiques chemsex comme un épanouissement. Leurs parcours ne sont pas dénués d'épisodes désagréables, douloureux, de crainte ou d'accidents avec les produits. Mais leur expérience du chemsex n'en demeure pas moins positive. Ils ne se sentent pas en danger et estiment maîtriser leurs consommations.

Il en est ainsi de Vassili, un informaticien de 32 ans, usager de 3MMC et de GHB en contextes sexuels depuis 3 ans : « *Je ne me reconnais pas dans les profils très alarmistes* ».

Colin, lui, a découvert le chemsex tardivement, à une période de sa vie où il s'est autorisé à vivre pleinement son homosexualité, après avoir été « *longtemps avec des filles... une nana des gamins tout ça* ». « *C'est l'homosexualité qui m'a ouvert à ces trucs de consommation* » dit-il. Colin évoque l'intensité de l'épanouissement sexuel et personnel qu'il éprouve au travers de ses pratiques sexuelles en ayant consommé du GHB. Il rapporte un épisode traumatisant avec cette même substance ainsi que des craintes pour sa santé mais il a progressivement appris à maîtriser ses consommations et ne se sent « *absolument pas dans une logique d'addiction* ». Il conserve aussi des relations sexuelles sans produit, même s'il les trouve « *moins fun* ».

Bastien, retraité, consomme des cathinones en injection une à deux fois par semaine. Il n'éprouve pas le syndrome du craving qu'il observe chez certains de ses partenaires, ni de « *descentes* » traumatisantes dont il a entendu parler. Il maintient des activités sexuelles sans produit même s'il a « *une préférence* » pour le chemsex. Quand il prend des vacances, quinze jours ou trois semaines, il ne consomme pas.

J'entendais beaucoup parler de descentes aussi. Moi personnellement j'ai jamais senti de descente. Peut-être un côté mélancolique, qui se crée après dans les douze heures après, dans les vingt-quatre heures qui suivent. Peut-être un côté un peu mélancolique mais aucun, aucun ressenti physique de manque... Généralement, c'est une à deux fois par semaine... Si je suis en vacances, ça peut être quinze jours-trois semaines sans. (Bastien, 64 ans)

Les parcours qui s'emballent ou dérapent...

Contrairement aux « happy chemsexers » dont les difficultés ou accidents de parcours ne prennent pas le dessus sur les plaisirs et la gestion des consommations, certaines personnes décrivent une plongée rapide, durable ou temporaire, dans des pratiques de consommation débridées pouvant occasionner des dommages importants.

Tom a ainsi découvert la MDMA dans un contexte sexuel et, en l'espace de trois semaines, il a consommé de la 3MMC et de la 4MEC en injection. Il raconte une relation fusionnelle avec

un homme rencontré sur une application, qui l'initie au *slam* puis à l'escorting. Il arrêtera le *slam* en quittant cet amant.

Ces séquences d'intensification des pratiques peuvent être brèves et la personne réaliser une pause ou reprendre le contrôle, mais elles peuvent aussi s'installer dans le temps initiant des douleurs ou difficultés majeures au plan social et psychologique.

Oswald en donne un exemple. Usager de drogues en contexte sexuel depuis quatre ans au jour de l'entretien, il décrit une implication dans le *chemsex* globalement maîtrisée et conforme à ses attentes. Toutefois, il évoque six mois durant lesquels ses sessions *chemsex* se sont accélérées, jusqu'à devenir hebdomadaires, entraînant une perte d'équilibre et une profonde déstabilisation de son mode de vie.

Je voyais qu'au boulot, j'avancais plus. Même si j'avais fait le plan le vendredi soir, le lundi quand j'arrivais, j'avais la tête ailleurs. Je n'étais plus concentré. Pour moi, mes clients sont la priorité à tout. Je voyais bien que je m'éloignais de tout, de ma famille... Quand je rentrais chez ma mère le soir, je n'avais plus goût à y être. Ça ne m'intéressait plus. Je vivais dans mon monde, dans ma bulle... (Oswald, 47 ans)

Sorti de cette période, il souligne dans l'entretien qu'il est en mesure de résister à la tentation de pratiques *chemsex* plus intenses mais que ce ne serait peut-être pas le cas s'il « *déprimait* ».

Au final, s'agissant des trajectoires individuelles dans le *chemsex* rapportées par les personnes rencontrées, aucune règle d'initiation ou de progression ne se dégage si ce n'est celle de l'extrême diversité des parcours quel que soit le profil de la personne. On peut découvrir les drogues en même temps que le *chemsex* à 18 ou 62 ans, en devenir dépendant en quelques semaines ou bien s'inscrire dans un usage contrôlé. Dans cette grande diversité de trajectoires, on repère toutefois des facteurs fragilisants, susceptibles de contribuer à une inflexion des parcours vers des pratiques plus problématiques.

Ces facteurs sont isolés les uns des autres dans les développements qui suivent pour en faciliter la présentation. Il s'agit néanmoins d'un découpage artificiel dans la mesure où les trajectoires individuelles réunissent souvent de façon dynamique ou simultanée plusieurs de ces composants.

Les facteurs d'intensification des pratiques, sources de dérapages

Contexte de vie et applications de rencontre

Dans un environnement spécifique (certaines villes, quartiers, cercles de sociabilité...), le *chemsex* incarne, si ce n'est la norme des rencontres sexuelles, en tout cas un ensemble de pratiques accessibles et décomplexées. Cet environnement influence fortement une intensification des usages sexualisés de produits d'autant plus que, au moins un temps, ces échanges sont synonymes d'expériences positives (festives, chaleureuses et stimulantes personnellement) qui ont une valeur forte pour les personnes. Démontrée dans la littérature, (Bourne *et al.*, 2014 ; Pollard *et al.*, 2018), l'influence du contexte de vie sur l'adoption de pratiques *chemsex* soutenues est aussi soulignée par les personnes rencontrées.

Félix situe ainsi précisément un basculement dans ses usages de drogues au moment où il s'est rendu plus fréquemment à Paris. Il décrit une « *offre de sexe avec produit* » dans la capitale sans commune mesure avec ce qu'il avait connu, partie prenante à ses yeux de son

passage d'un usage festif des produits pas nécessairement en contexte sexuel, à des pratiques *chemsex*.

Tout a basculé quand j'ai commencé à venir à Paris en 2010-2011 pour travailler sur ma thèse. J'ai commencé à venir à Paris trois fois par semaine. À l'époque, j'étais à Lyon, je venais à Paris, c'était super ! C'était tout nouveau pour moi. J'étais toujours avec mon copain. Parfois je venais à Paris après le boulot, ça me donnait envie d'expérimenter Paris, j'allais sur Internet, je chassais. Et à Paris, l'offre de sexe avec des produits chimiques est beaucoup plus importante qu'en province, ça n'a rien à voir ! (Félix, 38 ans)

La fréquentation des applications de rencontre est également décrite comme un facteur d'accentuation des pratiques *chemsex*. Elles offrent des possibilités d'échanges sexuels démultipliés, une découverte excitante alors que les propositions de « *plan chems* » y sont fréquentes et décomplexées. Sabri, qui n'a quasiment jamais ni acheté, ni payé les produits consommés, évoque la difficulté de résister aux tentations en fréquentant les applications. La facilité d'accès aux produits sur les réseaux sociaux lui paraît déconcertante.

C'est extrêmement facile. C'est d'une facilité déconcertante. C'est aussi ça qui est difficile. Parce que si tu veux vivre autrement, tu es vraiment obligé de réorganiser ta vie autrement. Là, par exemple, ça fait longtemps que je ne suis pas allé sur Scruff. J'y suis allé hier, il y avait au moins trois mecs qui, en l'espace de même pas une heure, me proposaient, gratos, tranquille... (Sabri, 43 ans)

Injecter les produits

S'il existe des *slamers heureux*, maîtrisant leurs pratiques ou bien des personnes qui ont pu essayer ce mode d'usage sans réitérer l'expérience, l'injection de produits en contexte sexuel ressort comme un facteur important de fragilisation, marquant souvent une rupture dans les trajectoires vers des consommations non maîtrisées.

Le parcours de Fabien en fournit un exemple. Son entrée dans le *chemsex* est relativement récente au jour de l'entretien, il situe sa découverte du GHB puis des cathinones et leurs usages sexualisés un an et demi avant l'entretien. Il décrit une implication rapide dans des pratiques soutenues, portée par un faisceau de facteurs : un appétit sexuel important après dix ans de vie de couple, aiguisé par la découverte des applications de rencontre puis de la PrEP qui le libère d'une appréhension de contracter le VIH. En l'espace de quelques mois, « *je suis peut-être passé d'un plan le week-end à 3-4-5 plans par semaine* » dit-il. Les drogues sont alors aussi désormais systématiquement associées à ses échanges sexuels. L'expérience est pour lui *euphorique*. Rétrospectivement, il évoque une forme d'inconscience, « *je faisais aussi le malin avec ça. Je disais ce que tout le monde dit « je gère » ou « je m'arrête quand je veux* ». Mais, de fait, il conserve à cette période une forme de contrôle sur ses pratiques.

J'arrivais à m'en passer. Par exemple, quand je partais en vacances chez mes parents, pas de cul ça ne me gênait pas, pas prendre de drogue ça ne me gênait pas non plus. Je n'en prenais pas pour aller au boulot. Je me disais « après tout, c'est du loisir comme un autre ». J'allais en salle de sport sans problème. J'allais prendre des cours avec des amis. (Fabien, 37 ans)

Sa découverte du *slam*, synonyme d'une nouvelle accélération, va rapidement lui faire perdre pied. Il est initié à l'injection de cathinones par un amant dont il tombe très amoureux. Bien que « *magique* » au début, l'expérience avec cet amant dure « *un petit mois* ». Au cours des deux mois qui suivent, il en vient à enchaîner les « *plans de plus en plus nuls* », exclusivement

en *slam*, il consomme seul pour pouvoir travailler, pour aller voir ses amis, il a maigri, il pleure tout le temps, il craque.

Les plans cul c'était au slam. C'était le jeudi soir. J'allais au boulot défoncé le vendredi et je recommençais le vendredi soir, le samedi soir, le dimanche soir. Ça n'en finissait pas. Injections permanentes. Je me voyais, je commençais à me dire qu'il y avait un truc qui ne va pas... Je commence à devenir irritable, je commence à pleurer tout le temps de fatigue. Je commence à paniquer totalement, j'ai l'impression de ne plus rien maîtriser. Là c'était clairement que je tombais dans la toxicomanie. Je commence à me droguer pour bosser, pour ne plus dormir, pour faire le boulot en temps et en heure. Je suis de plus en plus lent mais ça se passe question boulot. Je ne me fais pas virer, je le conserve. Arrivé en mars, là je me suis effondré. (Fabien, 37 ans)

Ruptures biographiques

L'initiation ou l'accélération des pratiques *chemsex* peuvent également être favorisées par une rupture biographique un épisode de stress récent ou bien l'accumulation de tensions qui amènent la personne à *craquer*. Une déception amoureuse, le décès d'un proche, l'annonce de la séropositivité au VIH, un contexte professionnel oppressant font partie des événements de vie préluces pour certains à des séquences d'usages sexualisés de produits décrites comme totalement débridées, accompagnées de prises de risques plus importantes ou de glissements vers des situations problématiques et douloureuses.

La trajectoire de Tom est ainsi scandée d'épreuves biographiques parties prenantes de son implication dans le *chemsex* ou de l'accélération de ses pratiques à plusieurs moments de son parcours. Il évoque plusieurs périodes de « *fuite en avant* » qu'il associe à une volonté de se protéger d'une douleur : douleur au décès de sa mère, douleur dans son couple où il se sent en situation d'infériorité par rapport à son partenaire dans une situation sociale plus favorable à la sienne.

En sachant que j'étais très fusionnel de ma mère, je refaisais des allers-retours réguliers à Bourges, avec cette personne, pour refaire des plans slam, pour essayer un peu de soulager. Justement, pour pouvoir supporter la nouvelle. C'est là que le Thanatos est un peu rentré. C'est là qu'il y a du Thanatos qui est rentré dans le chemsex. C'était vraiment une fuite en avant pour oublier [...] C'était une fuite en avant pour fuir ma condition de précaire et la situation amoureuse dans laquelle je vivais. (Tom, 22 ans)

Sabri évoque également deux moments de vie particulièrement douloureux marqués par une période de chômage progressivement accompagnée d'une dépression, au cours desquels il a vu son rythme de vie dérégulé et intensifié ses pratiques *chemsex* jusqu'à perdre tout équilibre social et psychologique : *Je me vois seul le lundi matin à 9h à boire du G en regardant les gens aller au boulot.*

Il explique qu'à deux reprises, en plus de déstabiliser son rythme de vie, la perte de son travail a favorisé un lâcher prise dans des pratiques *chemsex* de plus en plus fréquentes, parce que l'expérience lui est apparue grisante dans une période particulièrement triste pour lui et parce qu'il a simultanément eu le sentiment de n'avoir plus rien à perdre.

Là, ce qui se passe, c'est qu'à ce moment-là, j'ai aussi un métier très stressant, et je finis par me faire virer. Je suis en burn-out, dépression... je suis insomniaque, je commence à vivre la nuit et à dormir le jour et... je croise beaucoup de gens qui ne dorment pas non plus, donc qui sont perchés. À partir de minuit-une heure, puis 2h, 3h, 5h, tu ne croises que des gens perchés, en semaine... ça va crescendo : c'est-à-dire qu'au début c'est une fois par mois, une touze ou un plan à plusieurs –

5-6, chez moi...ça devient deux fois par mois, puis trois fois par mois, puis plusieurs fois par semaine. Donc là, moi, ça fait déjà une bonne année que je suis au chômage, bien au fond de la dépression, rien à foutre de rien, je vois pas d'issue à quoi que ce soit. (Sabri, 43 ans)

Il ne s'agit pas d'associer mécaniquement l'intensification des pratiques *chemsex* à l'occasion d'une rupture biographique à une démarche mortifère ou vécue dans la douleur. Par exemple, découverte du *chemsex* et rupture amoureuse sont connectées dans la trajectoire de Fabien. Mais il associe son implication dans le *chemsex* à ce moment particulier de sa vie à une soif de découvertes et une frénésie de nouvelles expériences après dix ans de vie de couple, « *je sortais de dix ans de relation, je voulais m'éclater* », dit-il. De même pour Julien, la découverte de sa séropositivité au VIH marque le pas dans sa sexualité, de crainte de contaminer ses partenaires. Passé quelques mois, sa charge virale étant devenue indétectable, il *plonge* dans le *chemsex* porté par l'excitation de « *vivre fort* ». Il raconte cette période comme une expérience positive, de plaisirs intenses.

Il y a eu quatre-cinq mois où je ne sortais pas du tout. Pas parce que j'étais dépressif ou quoi que ce soit, c'est juste qu'en fait, j'avais peur de contaminer. Et à partir du moment où j'ai été indétectable, ça a été la fête au bliss (méphédron)... je n'avais pas du tout envie de mourir, je n'étais pas du tout dans un truc suicidaire, même pas dépressif. C'était vivre fort, vite, puissamment. (Julien, 35 ans)

Autocontrôles et régulations collectives

Autocontrôles

Les sessions *chemsex* et les prises de drogues associées font l'objet d'une série de contrôles mis en œuvre par les personnes en dehors de tout support extérieur. Les personnes se fixent une série de limites et font état de techniques visant à ne pas les franchir. Ces limites personnelles ne concordent pas toujours avec celles recommandées par les intervenants de santé. Elles peuvent être observées tout au long des trajectoires décrites ou bien à certaines étapes seulement, avant ou après un dérapage. Durables ou temporaires, conformes ou éloignées des recommandations de réduction des risques et de santé, les limites décrites par les personnes désignent des formes d'autocontrôles et de disciplines personnelles parties prenantes de la dynamique des parcours individuels.

Gérer la fréquence des sessions

L'implication dans le *chemsex* peut ainsi être encadrée dans le temps. Les personnes décident de la temporalité des sessions ou bien de la fréquence qu'elles s'autorisent pour y participer. Ainsi, Jean s'est fixé comme règle de ne pas rester dans une *partouze* au-delà du dimanche soir. Il rentre pour « *au moins dormir une bonne nuit, pour pouvoir bosser le lendemain* ». Vassili ne veut consommer ni en semaine, ni seul. Pour tenir ce cadre, il limite son usage des applications de rencontre. Ronan, estime qu'une fréquence des sessions trop rapprochée est le signe d'un débordement. L'esprit festif qu'il recherche dans ses échanges sexuels avec produit aurait alors disparu. Une fréquence quotidienne est pour lui un seuil limite.

J'ai des potes qui organisent cette partouze et qui me disent de venir, que ça peut être cool. Il y a beaucoup de fois où j'ai refusé parce que je savais que ça allait durer tard et que j'étais fatigué... Moi généralement je pars au maximum à 20 heures le dimanche, pour faire une bonne nuit pour le lundi...Je suis alsacien de naissance, ça doit être mon côté de rigueur. (Jean, 25 ans)

Je me suis posé deux règles par rapport à la conso: pas en semaine, pas tout seul... Je ne veux pas prendre de chems en semaine. Je n'allume jamais les applis en semaine. Je ne veux pas me mettre en situation de craquer. Je réserve ça aux week-ends pour assurer mes impératifs de boulot. (Vassili, 32 ans)

Tant que cela reste sexuel, festif et occasionnel, je tolère. En revanche, quelqu'un qui va faire cela tous les jours, se droguer, même pour du sexe, tous les jours, non. (Ronan, 33 ans)

Jean fournit une illustration particulièrement forte de la capacité de gestion des consommations. Travaillant comme escort, il s'interdit toute consommation dans ce contexte et limite sa prise de produit au cadre de sa vie privée.

Avec les clients, je me suis mis comme rigueur de ne jamais en prendre. Parce que ce serait le début de la fin. C'est-à-dire que si un client me dit mardi matin « plan chems », il faut que je retravaille après donc il faut que je sois en forme. Donc, non. C'est une rigueur que je me suis imposée. (Jean, 25 ans)

Choisir le contexte

En vue de prévenir tout débordement non souhaité, une partie des personnes rencontrées disent également être attentives au contexte des sessions ainsi qu'aux participants présents. Ces critères dictent leur participation ou non à l'événement. Oswald par exemple, refuse de se rendre à un événement réunissant des personnes « *qui vont trop loin* » à ses yeux. Arnaud raconte une expérience douloureuse de consommation de 3MMC à son insu avec « *un drôle de couple* » qu'il a décidé de « *ne plus jamais inviter* ». Il « *sélectionne* » désormais les personnes avec qui il se rend dans une sex-party et dit privilégier les « *bordels* » plutôt que les « *soirées privées* ». Ce cadre lui paraît protecteur par rapport à de possibles violences sexuelles dont il a été victime et pour prévenir tout excès de consommation. Au contraire des appartements privés dans lesquels il y aurait toujours « *un tiroir magique avec plein de produits* », il explique que « *dans les établissements on n'a pas tous ces tiroirs magiques à disposition pour prendre des trucs...Il y en a quand même de la drogue, mais je n'ai jamais vu dans un bordel un mec avec la bouteille de GHB. C'est quand même plus délicat à faire que dans une maison.* » (Arnaud, 36 ans) Julien, de son côté, limite son implication dans des groupes de sociabilité *chemsex* et vit ses aventures *en solitaire*. Il ne prend attache ni dans un environnement social propice au *chemsex*, ni dans un groupe de partenaires, navigant notamment entre plusieurs villes. Au contraire d'une partie de ses partenaires qui sont « *tombés* » suite à une consommation excessive de GHB, lui n'a pas subi de dommages : « *c'est peut-être parce que je bouge beaucoup aussi, je ne suis pas vraiment connecté à une ville* », dit-il.

Contrôler l'accès aux produits

Pour limiter une surconsommation, certains encadrent leurs modes d'accès aux substances en opérant parfois des choix opposés. Oswald par exemple a décidé de ne pas acheter directement de produits. Il consomme selon les opportunités de ceux qui sont présents à l'occasion des événements auxquels il participe. Contrairement à lui, après avoir testé plusieurs produits dont il n'a pas apprécié les effets, Colin consomme essentiellement le GHB qu'il achète lui-même et conserve à son domicile. Il refuse un produit qui serait apporté par ses partenaires et prépare ses doses de GHB chez lui, en amont des rapports sexuels. Etienne, lui, veille à ne pas conserver de produits à son domicile de peur de ne pouvoir résister à l'envie de consommer, un cadrage qui n'a pas toujours été suffisant. Parallèlement, il prépare lui-

même ses doses de GHB : *la seule fois où un pote m'a préparé du G, j'ai fait un G-Hole,*⁸ précise-t-il.

Je n'en ai jamais commandé, je ne veux pas m'amuser à commander, parce que je me connais, je sais que si j'en commande moi-même, j'en consommerai peut-être pour un oui ou pour un non. Je veux éviter. C'est pour ça que je ne commande pas. (Oswald, 47 ans)

C'est encore une histoire de contrôle parce que je connais mon produit, je sais le doser, je connais absolument par cœur ses effets, je sais ce que je peux prendre, ce que je ne peux pas prendre. Je n'en prends pas d'autre parce que je n'aime pas, parce que tout ce que j'ai pu essayer ne me procure absolument pas de plaisir, voire va à l'encontre du désir sexuel, ça vient perturber les choses. Donc, ça ne me plaît pas. (Colin, 61 ans)

Ce que j'ai essayé de faire, j'ai essayé de cacher à plusieurs endroits la drogue, j'en avais caché à mon bureau. Et un jour, je n'en avais plus ici, c'était tellement fort que je suis retourné à mon bureau pour aller en chercher. Donc, j'avais quand même essayé de mettre des choses en place, de fractionner, de ne pas tout avoir au même endroit. (Etienne, 37 ans)

Choisir les produits et limiter les doses

Contrairement à l'idée d'une toute puissance des produits, en particulier ceux qui ont un fort potentiel addictif, on observe une capacité des personnes à sélectionner les substances qu'elles souhaitent consommer et à limiter les quantités ou les associations. Certains s'interdisent des substances jugées trop dangereuses et la consommation des produits choisis peut être scrupuleusement organisée ou bien abandonnée quand l'effet n'a pas été apprécié ou à la suite d'un ou plusieurs accidents.

Par exemple Jean et Arnaud se refusent à consommer de la méthamphétamine : « *pas de Tina* » disent-ils, « *j'ai pas envie d'aller plus loin que ce que j'ai goûté* » ajoute Arnaud. De même, Rémy dit avoir « *vraiment limité* » sa consommation de cathinones à la suite d'effets secondaires très difficiles à supporter : *ça m'est arrivé d'avoir des bad trips, des crises de parano des crises d'angoisses*, dit-il. Il espace désormais les prises de ces stimulants et « *essaie de rester sur du GHB (qu'il) arrive à maîtriser* ».

Le contrôle des produits et des doses peut également être organisé par la personne durant la session elle-même, en vue de parvenir aux effets escomptés et prévenir les effets indésirables. Par exemple, après avoir essayé plusieurs produits (GHB, 4 MEC, 3MMC), et plusieurs doses Bastien limite sa consommation à la 3MMC dont il apprécie d'avantage les effets : *une montée plus douce qu'avec la 4, un palier qui est beaucoup plus long*, explique-t-il.

Choisir et contrôler les modalités d'usages

En plus de choisir leurs produits, les personnes peuvent également décider des modalités d'administration des substances consommées. Ici, l'injection marque souvent une limite à ne pas dépasser ou ne plus franchir.

Le slam jamais. Et ça j'y tiens. Ce n'est pas possible. Je travaille dans le médical donc pour moi une piqûre c'est soit pour analyser mon sang, soit une injection intraveineuse pour me soigner... Je ne dis pas que c'est bien de sniffer, mais entre le sniff et le slam, il y a un fossé voire un cratère.

⁸ Ce terme désigne les symptômes graves liés à un surdosage de GHB/GBL : sédation, dépression respiratoire et perte de conscience pouvant aller jusqu'à un coma profond (de plusieurs heures à plusieurs jours) voire aboutir au décès de l'utilisateur.

On ne joue plus dans la même cour. Pour moi, ce n'est plus du délire à ce stade-là, le slam, c'est vraiment de la toxicomanie, c'est triste... (Joël, 43 ans)

Ah moi, je ne peux pas. Ça a toujours été ma limite... Je trouve que les drogues, elles sont suffisamment puissantes maintenant sans avoir à tomber là-dedans...Et moi, une aiguille qui rentre dans un corps déjà moi c'est, pour moi c'est morbide. C'est ma limite. (Philippe, 49 ans)

Le slam c'est pas pour moi ... C'est un peu violent ...Le truc de se piquer me choque un peu. Je ne passerai pas à ce stade-là, ça ne m'intéresse pas de chercher le niveau au-delà...Mais chacun fait ce qu'il veut. (Jean, 25 ans)

À l'opposé des personnes fortement réfractaires au *slam*, Simon a privilégié pendant deux ans ce mode de consommation pour l'intensité des effets ressentis à l'injection. Infirmier de profession, il a mis en place un dispositif lui permettant une stricte réduction des dommages possibles à l'occasion des sessions. Afin de ne pas contracter « *les cochonneries qui traînent* » dans les seringues réutilisées ni de « *griller son capital veineux* » à cause d'injections pratiquées quand « *on n'y voit plus grand-chose* » sous l'effet des produits, il utilisait un « *cathéter* » dissimulé sous une bande tout au long des sessions *slam*.

À l'hosto c'est facile de se procurer du matos...moi je me posais un cath'... un cathéter, je mettais ça sous une bande, ça se voyait pas...Parce que se piquer 20 fois dans 24 heures, déjà vous grillez votre capital veineux et puis à un moment vous y voyez plus rien, parce que vous êtes drogué ça passe à côté quoi. (Avec un cathéter) Y'a réduction des risques à mort...y a pas d'échanges de seringues, pas d'échanges de, d'aiguilles non plus. (Simon, 51 ans)

L'apprentissage des consommations

La régulation des doses de produits consommés ainsi que des modalités d'usage est généralement le fruit d'un apprentissage des consommations. Les personnes acquièrent au fil du temps une expertise sur les usages de drogues ainsi qu'une meilleure connaissance sur les expériences qui leur sont profitables ou néfastes. Elles opèrent des choix et modulent leurs pratiques en fonction de cette expérience accumulée.

Joe dit ainsi injecter les produits ou bien les consommer par une autre voie selon les partenaires qu'il retrouve pour une session *chemsex*. De même, après une série d'accidents liés à l'absorption de trop grandes quantités de substances, il « *mesure* » désormais sa consommation et limite ses usages aux strictes doses qui lui apportent les effets escomptés sans l'exposer à de nouveaux dommages : « *0,5ml pour le GHB* » et « *0,13, 0,14 ou 0,15 à la limite* » s'agissant de 3 MMC, dit-il.

Ah oui, je ne joue pas avec ça. J'ai assez fait de G-hole, kétamine, de l'héro, de la coke, je n'ai pas envie de faire une overdose. Je n'ai pas envie de me faire mal. (Joe, 58 ans)

De même, c'est au fil de ses expérimentations, que Bastien en est venu à identifier quelles fréquences et doses spécifiques de substances lui apportaient les effets escomptés : entre 0,18 et 0,22 ml de 3MMC précisément, en injections espacées d'au moins une heure. Depuis, il suit un protocole très strict pour respecter ce cadre, appuyé sur un contrôle des heures de prises par des captures écran réalisées avec son téléphone et la pesée de son produit.

Personnellement je ne fais jamais de deuxième prise avant au moins une heure. Je fais une capture d'écran sur mon téléphone pour savoir à quelle heure j'ai pris et je ne fais jamais avant

une heure... J'ai tout testé. La première fois, on m'avait injecté 0,15 millilitre. J'avais bien supporté, la première fois. « On va essayer un peu plus alors puisque t'as bien supporté. » Alors j'ai essayé parce que par curiosité on a toujours envie de monter un peu plus, pour voir ce que ça fait. Alors j'ai été jusqu'à 0,32 au maximum. J'ai vu que je supporte mais je peux pas dire que ça m'amène vraiment un plus. Donc moi ma consommation depuis, depuis au moins six mois, elle est en gros entre 0,18 et 0,22...j'ai une balance à 0,00 et je pèse... je prépare moi mes produits. Au début je le faisais pas ... (Bastien, 64 ans)

Interroger ses pratiques, se raisonner

Une partie des répondants ou des personnes s'exprimant sur les réseaux sociaux font également état de stratégies volontaristes consistant à interroger leurs pratiques et leurs conséquences en vue d'en conserver le contrôle. Il s'agit notamment pour eux d'objectiver au mieux les expériences vécues pendant les sessions et à l'occasion des descentes. Cet exercice de réflexivité favorise le maintien d'une distance protectrice par rapport à de possibles dérapages vers des conduites non souhaitées.

Ce que je mets en place personnellement c'est que je débrieffe avec moi-même à chaque épisode de consommation : comment ça s'est passé pour moi cette fois ? Suis-je allé plus loin que prévu ? En ai-je tiré du plaisir tout du long ? etc. Du coup je questionne régulièrement pas seulement mon envie mais mon plaisir, mes limites. C'est pas magique mais je constate que c'est une discipline, une vigilance qui me sert plutôt bien. (Groupe chemsex, Facebook)

Rationaliser au mieux la situation permet également de ne pas se laisser happer par les affres de la descente par exemple, comme l'illustre Vassili. Se dire et se rappeler qu'il est *en descente* après une session *chemsex* est déjà pour lui une prise de distance permettant d'atténuer l'emprise de la tristesse qu'il éprouve. Il a consommé des produits, il n'a pas dormi, son corps est épuisé, à bout de sérotonine, il doit recharger ses batteries, rien d'anormal à ce qu'il se sente mal explique-t-il. Ce type de réflexion n'est pas toujours suffisant pour lui permettre de gérer ses angoisses. Mais quand il parvient à se raisonner de la sorte, il met plus facilement en place des stratégies pour sortir du malaise qu'il éprouve.

Déjà, savoir que tu ne te sens pas bien à cause de la descente, que c'est quelque part artificiel, déjà ça aide. Ça n'empêche pas de se sentir mal, mais ça aide et tu peux te dire : « non, objectivement, les choses ne vont pas super mal dans ma vie, c'est juste que je suis en descente, je n'ai plus de sérotonine, etc. J'arrive à me raisonner... Il faut essayer de se concentrer sur des choses positives : Tu vas regarder la suite de la série que tu étais en train de regarder, tu avais envie de voir ce qui va se passer. Allez, regarde. Tu vas manger quelque chose que tu aimes. J'adore la pizza au chèvre, c'est débile, mais je me dis : « allez, je vais me faire une pizza au chèvre ». Tu essaies de leurrer un peu ce malaise. Ça n'empêche pas totalement le truc, ça n'empêche pas la fatigue, ça n'empêche pas d'être un peu patraque, mais ça m'évite les très grosses descentes avec justement ce sentiment de solitude complètement exacerbé que j'ai pu avoir par le passé et que je n'ai plus maintenant ou rarement. (Vassili, 32 ans)

Régulations collectives

Plusieurs personnes interviewées évoquent une forme de transmissions de savoirs profanes sur les usages de drogues au cours des sessions *chemsex* d'une part, et des formes de régulations collectives pour prévenir ou réduire les risques en cas d'accidents d'autre part.

Echanger sur les pratiques

Salim, un « happy chemsexer » de 40 ans explique que ce sont les échanges qu'il a eus « pendant les plans », avec ses partenaires qui l'ont éduqué à la prise de produits et fourni une expertise profane. Quand il a débuté ses pratiques chemsex, il a cherché à accumuler des connaissances sur les consommations se renseignant avec les brochures de prévention et en se rendant régulièrement dans centre communautaire pour échanger avec les bénévoles.

C'était dans le but d'être rassuré et mieux informé, tout simplement. De pouvoir éviter les accidents. Toujours être mieux informé et plus vigilant dans des conduites à risques. (Salim, 40 ans)

Il en vient à pointer le décalage existant à ses yeux entre « la théorie » présentée dans les brochures et « la pratique ». Il juge les informations délivrées sur les brochures intéressantes mais estime que les échanges de pratiques avec ses partenaires sont plus percutantes pour acquérir une expérience de réduction des risques.

Oswald de son côté s'est toujours refusé à consommer un produit à l'aveugle, sans s'être au préalable renseigné auprès d'usagers expérimentés.

Ça, par contre, je me suis toujours bien limité là-dessus : connaître l'effet que ça fait avant de prendre. Mais après, je peux comprendre que quelqu'un qui ne connaît pas s'en foute et puisse foncer dedans. Mais moi, j'ai toujours voulu savoir avant. Je me renseigne d'abord auprès de ceux qui en ont déjà pris. Pour moi, c'est primordial. (Oswald, 45 ans)

Contrôler les prises de GHB/GBL

À propos des consommations de GHB, fréquentes dans le cadre du chemsex, des pratiques de régulations collectives similaires ressortent des entretiens. En vue de prévenir les surdoses, plusieurs systèmes de contrôle des heures de prises sont rapportés. Une ou quelques personnes étant chargées de vérifier que les fréquences requises pour reprendre de la substance sans risque de G-Hole sont respectées.

On note l'heure des prises... il y a toujours quelqu'un qui fait gaffe. (Jean, 25 ans)

Je sais qu'à Montpellier on faisait un kit pour le G avec à l'intérieur des petits tableaux, il y avait marqué le nom, combien de millilitres... nom ou pseudo, nombre de millilitres pris et heure de prise. C'était bien. Ils avaient leurs colonnes et les heures de prise. (Ronan, 33 ans)

Fabien évoque ces dispositifs de contrôle comme une contrainte, mais ils sont pour lui incontournables et il préfère assumer ce « sale boulot » à l'occasion des sessions plutôt que de risquer un accident.

C'est moi qui fais les dosages, qui note l'heure. Que ce soit chez moi ou ailleurs. Je n'ai pas envie d'être dans un plan où il y a un accident... Dès que j'arrivais. Je leur disais « écoutez les gars, j'ai envie de baiser avec vous, par contre sur les drogues on a une discipline ». Je ne voulais pas qu'il y ait un accident, parce que des fois je voyais les mecs faire n'importe quoi... donc je préférais faire l'infirmier et je notais sur mon portable. Je mettais une alarme une heure ou une heure et demie après pour pouvoir en reprendre... Tu fais le sale boulot. C'est le boulot que personne n'a envie de faire. C'est tout bénéf. (Fabien, 37 ans)

Un référent Slam

Injecteurs ou non, les répondants présentent le geste de l'injection comme étant complexe et peu maîtrisé. La technique peut être progressivement acquise mais demeure difficilement accessible en dehors des participants issus de professions médicales et paramédicales.

Confier à un référent plus expérimenté la responsabilité de l'injection des autres participants pendant les sessions *slam* est parfois présenté comme un mode de réduction des risques liés à cette pratique.

Par exemple, Rémy dit avoir appris à s'injecter contrairement à d'autres usagers novices en la matière. Il se définit comme une *personne ressource*, susceptible d'éviter des prises de risques en injectant les autres participants à l'occasion d'une session *slam*.

En général on est tous, plus ou moins, pair ou personne relais, ou personne ressource, avec ceux qui font, qui savent pas. Mais en général y a qu'une personne ou deux personnes qui vont piquer le reste... quand on est à plusieurs, qui vont piquer le reste, le reste des mecs sur place. (Rémy, 28 ans)

L'attention du groupe

En vue de prévenir les risques, les participants réunis à l'occasion d'une session *chemsex* peuvent également établir en amont des règles communes en matière de niveaux de consommation ou de pratiques sexuelles souhaitées. Une vigilance du groupe est attendue quant au respect de ce cadre. Une personne en particulier peut également demeurer particulièrement en alerte pour éviter tout débordement.

Octave dit ainsi être dans un groupe « *correct* » au sein duquel la « *mesure* » des consommations est collectivement souhaitée, l'un des participants resterait sobre pour pouvoir intervenir en cas de problème. Octave et Dimitri évoquent cette forme de gestion collective des risques à l'occasion des sessions *chemsex*.

On est un groupe solide, où tout le monde se connaît. Voilà, on ne fait pas du n'importe quoi...on en parle assez librement (des drogues) ... On se dit « On peut en prendre un petit peu, mais ne pas abuser ». Il y aura toujours quelqu'un qui ne prend pas pendant que les autres prennent. Justement, déjà, pour être conscient en cas de problème, avertir les flics, enfin, les secours. (Octave, 45 ans)

Dimitri endosse régulièrement le rôle d'usager expérimenté, accompagnant et surveillant les consommations de participants novices. Il évoque une attitude similaire de la part de ses amis également expérimentés. Soucieux de possibles dérapages, les uns et les autres observent et veillent sur les participants qui ne connaissent pas les produits.

Moi, je fais toujours comme ça, c'est que dès que quelqu'un souhaite prendre du G, d'abord je demande si la personne a pris de l'alcool, si la personne en a déjà pris, je demande si elle connaît les effets. Si ce n'est pas le cas et qu'elle souhaite vraiment en prendre, puisque je lui pose plusieurs fois la question. J'ai des potes qui font la même chose, c'est d'y aller doucement, donc par petites doses, par petites quantités et de voir la réaction de la personne, si elle a peur ou pas. Et si elle a peur, c'est de ne pas lui en donner. Mais ça, c'est une observation. (Dimitri, 45 ans)

Fragilité des régulations collectives

Si les régulations collectives existent, elles sont globalement peu mentionnées dans les entretiens. De plus, ceux-là mêmes qui en font part soulignent aussi leur fragilité.

Par exemple, Vassili qui détaille des formes de prévention et/ou de gestion collective des accidents liés à la consommation de GHB pointe aussi leurs déficiences.

Il y a beaucoup de bouche à oreille mais on ne sait pas vraiment quels sont les bons gestes à adopter. (Vassili, 32 ans)

S'agissant du *slam*, Rémy, qui se présente comme une personne ressource pour éviter les risques liés à l'injection, signale aussi que la tâche est difficile à assumer. S'il dit savoir injecter, il n'a pas une maîtrise du geste similaire au personnel médical ou paramédical. De plus, à mesure que la soirée avance, sous l'effet des produits ou des demandes pressantes de ses partenaires, ses mains peuvent trembler, il stresse, il n'y arrive pas.

Ben des fois, bon, ... Je suis pas infirmier ni rien donc je sais plus ou moins donc c'est... Mais des fois quand la personne, les veines, elles sont pas apparentes, etc. Ou quand on a déjà fait un ou deux slams et qu'on se retrouve à devoir piquer, ben on tremble un peu, on a les mains qui tremblent un peu ou des fois on voit pas la veine, donc du coup... de devoir s'y reprendre à plusieurs fois... et quand on se trompe une fois, deux fois, trois fois d'affilée après ça devient encore plus compliqué... On stresse, on stresse... de pas y arriver, que l'autre personne attend, qu'on la charcute un peu. (Rémy, 28 ans)

Famille, travail

En plus des limites que les personnes se fixent de façon autonome et des régulations collectives possibles à l'occasion des sessions, l'environnement social et les relations maintenues en dehors des cercles de pratiques constituent pour certains un cadre qui limite de fait leur investissement dans le *chemsex* tout au long de leur parcours ou à certains moments clés. Ainsi, Colin a deux appartements et deux vies. Il vit « à *mi-temps seul* » et « à *mi-temps* » avec son fils dont il voit la mère « *de temps en temps* ». Il évoque une moitié de vie, « *stable et carrée* », où il n'est pas question de produits et « *même pas question de sexe* » dit-il, et une autre vie avec « *un côté un peu destructeur* » liée au *chemsex*. Il décrit sa vie de famille comme un cadre protecteur, lui permettant de conserver une sérénité dans sa prise de produits.

C'est donc une espèce de deux vies où je passe vraiment d'un côté ou de l'autre avec beaucoup de facilité et sereinement. Et quand je passe ici, j'ai un rapport à la vie qui est complètement différent et qui, je trouve, par ailleurs a un côté un peu destructeur... Si je n'avais pas ce pendant stable, carré...du côté de la famille... Si je n'avais pas ça, je pense que je serais vraiment entré dans un rapport destructeur à ma vie. Si je n'avais pas ce contexte famille, je pense que je serais dans un rapport très compliqué vis-à-vis de ça. (Colin, 61 ans)

Simon parle de son mari, non impliqué dans le *chemsex*, comme d'un facteur de régulation de ses pratiques. Tous les deux ont une sexualité en dehors du couple, mais leurs échanges sexuels en couple se font sans produits. Simon se sent obligé de contenir ses consommations comme il l'explique dans l'extrait ci-après :

Le fait justement qu'il prenne rien, ça m'oblige des fois à me dire : « ben reste tranquille » ... C'est quelque chose qui calme la chose parce que... C'est un régulateur par rapport à éviter de tomber dedans à fond, de faire trop d'excès... on a besoin des fois, enfin je parle pour moi, d'avoir quelqu'un qui vous freine peut-être un peu ou qui m'oblige à me dire, à avoir une vie normale comme, comme tout le monde...ça me fait du bien. (Simon, 51 ans)

Pour Joël, l'activité professionnelle joue ce rôle de cadrage. Il est important pour lui de cantonner le *chemsex* dans un cadre de vie privée. Le travail le « *tient* ».

Quand on est dans le truc, on consomme on consomme... mais j'ai quand même un travail qui me tient. Je ne peux pas me permettre d'arriver au travail, surtout dans ma branche (aide-soignant dans une maison de retraite), sans avoir dormi, la gueule fatiguée comme aujourd'hui. Je

*m'occupe de personnes âgées (...). Je n'ai pas envie que ça se sache au travail, c'est ma vie privée.
(Joël, 43 ans)*

Parfois, un ami *chemsexer* peut également jouer ce rôle de contrôle des pratiques. Le lien de confiance et la proximité affective incitent alors à entendre et prendre en considération les messages d'alerte lancés par cet ami en cas de dérapage. Resté très proche du partenaire qui l'a initié au *slam*, Bastien explique ainsi que tous les deux veillent l'un sur l'autre.

J'ai un ami qui, le premier qui m'a fait pratiquer le slam, avec qui je m'entends très très bien. Et, à un moment il m'a dit : Bastien, tu dérapes un peu, tu vois, t'es fatigué... Tu n'es plus toi. Donc ça m'a fait réagir, parce que moi, une fois, je l'ai vu comme ça aussi, je lui ai dit la même chose. Je lui ai dit : « Laurent, t'es plus toi. T'as un regard bizarre. » Et c'était un moment il avait déconné, mais encore plus que moi. (Bastien, 64 ans)

Peu mentionnés dans l'échantillon pour leur présence protectrice au moment où la personne est impliquée dans les pratiques *chemsex*, les amis peuvent en revanche jouer un rôle dans des démarches de sortie ou de pauses.

Enseignements et recommandations

La diversité des trajectoires

Les trajectoires dans le *chemsex* se caractérisent par leur extrême diversité. Si des facteurs de risques associés au *chemsex* sont identifiés dans les enquêtes quantitatives, une approche fine et dynamique des parcours partant du point de vue des personnes montre une grande hétérogénéité des initiations, implications et progressions dans le *chemsex*. Gérer ses pratiques ou s'effondrer, subir des dommages importants ou pas, ne peut pas être mécaniquement rapporté à un profil sociodémographique, la découverte ancienne ou récente des produits, le type de substances consommées ou la modalité de consommation. Pour les intervenants, le caractère irréductible des trajectoires individuelles les unes par rapport aux autres, a pour incidence la difficulté de ne pas pouvoir élaborer de réponse préétablie. Maintenir une ouverture d'esprit sur la singularité des parcours se révèle nécessaire en vue de concevoir des réponses individualisées.

Les facteurs fragilisants

S'il n'y a pas de règle prédéterminant les dommages et leur sévérité, des signaux doivent néanmoins faire l'objet d'une vigilance particulière. Parmi eux, le contexte de vie, la pratique de l'injection ainsi qu'une ou plusieurs ruptures biographiques constituent des facteurs susceptibles de favoriser une perte de contrôle et des dommages importants.

Le degré d'implication de la personne dans des espaces de pratiques *chemsex* (ville, quartier, *circuit parties*⁹) mérite ainsi une attention particulière. Agir directement sur l'environnement de vie des personnes n'est pas du ressort des intervenants quand ils sont sollicités. En revanche, attirer l'attention des personnes sur l'impact de ces différents contextes de vie sur leurs pratiques, proposer un éloignement temporaire dans le cadre de séjours dédiés (week-end santé, ...) ou chez un proche le cas échéant, peut contribuer à limiter l'influence de ce facteur de risque. Réduire les risques de dérapages liés à la pratique de l'injection nécessite la

⁹ Les circuit parties désignent des événements festifs d'envergure internationale réunissant dans une ville spécifique et sur plusieurs jours des milliers de HSH. Il s'agit sont associés pour beaucoup à des pratiques *chemsex* importantes.

diffusion des savoirs de réduction des risques et des dommages en la matière. L'accompagnement de personnes devenues dépendantes ne présente pas de spécificité particulière par rapport à d'autres usagers de drogues dépendants.

Exceptée la contraction du VIH, contre laquelle les moyens de prévention existent et doivent être diffusés, les ruptures biographiques potentiels catalyseurs d'une accélération des pratiques *chemsex*, échappent au contrôle des intervenants. La survenue d'un épisode biographique traumatisant (décès, séparation...) nécessite de redoubler d'attention et d'accompagner des personnes pour gérer la douleur.

Autocontrôles

Les pratiques *chemsex* peuvent faire l'objet d'une multiplicité de techniques de contrôle mises en œuvre par les personnes de façon autonome, qui freinent ou les protègent de prises de risques indésirables. Ces stratégies peuvent être temporaires ou se révéler inopérantes face à certains risques. Elles n'en constituent pas moins des ressources individuelles qui gagnent à être reconnues comme telles quand elles existent en vue de soutenir la détermination des personnes à limiter les risques. Il pourrait également être utile d'interroger la pertinence et les modalités d'une diffusion possible de ces stratégies personnelles à d'autres.

Régulations collectives

À rebours des perceptions présentant les sex parties comme des espaces de prises de risques collectives inconsidérées, on note l'existence de stratégies collectives de réduction des risques. Elles ne sont pas présentes dans toutes les sessions *chemsex* et semblent fragiles. Leur constance n'est pas non plus garantie. Toutefois, il paraît opportun de considérer les régulations existantes qui jouent un rôle de RdRD et de les renforcer le cas échéant. Une réflexion est également nécessaire pour déterminer la pertinence et la faisabilité de diffuser ces démarches collectives de RdRD. Comment renforcer le partage d'expérience entre pairs ? Comment favoriser la présence de personnes ressources en matière de RdRD à l'occasion des sex parties ? Qui peut jouer ce rôle ? ...

Supports sociaux

La famille, les amis et connaissances hors des cercles *chemsex* ainsi que l'activité professionnelle forment souvent un puissant frein par rapport aux dérives possibles vers des pratiques problématiques. De ce point de vue, les intervenants doivent pouvoir maintenir une vigilance sur un éloignement possible de la personne de ses cercles de sociabilité familiaux et amicaux ainsi que de son activité professionnelle. Cet éloignement constitue un signal de basculement de la trajectoire. Pour les personnes en souffrances, identifier quels supports sociaux pourrait être mobilisés ou renforcés et travailler à cette resocialisation compte parmi les dimensions clés de l'accompagnement.

Pauses et abandon des pratiques *chemsex*

Dans l'échantillon de personnes interviewées, sans que cela puisse être rattaché à un profil spécifique d'usages sexualisés des produits, sept personnes étaient en phase d'arrêt depuis quelques mois au moment de l'entretien et cinq avaient cessé toute pratique *chemsex* depuis un à cinq ans. D'autres, impliqués dans le *chemsex* le jour de l'entretien avaient fait des pauses plus ou moins longues dans leur parcours. À partir de ces expériences, il est possible de repérer un certain nombre d'événements ou situations ayant joué le rôle d'un déclic et de stratégies à l'origine d'une dynamique personnelle d'arrêt du *chemsex*. Se dessine également, le rôle joué pour certains par leur environnement familial ou par leur contact avec un intervenant pair ou professionnel de santé.

Les déclics

Une série d'expériences ou d'événements survenus dans le parcours des personnes constituent à un moment donné un déclic initiant une démarche individuelle vers une pause ou un arrêt des pratiques *chemsex*. Selon les personnes, un ou plusieurs événements sont perçus comme des signaux marquant un tournant dans leur implication. Ils sont exposés successivement ci-après pour en faciliter la présentation mais ils peuvent être réunis dans le parcours d'une même personne, égrenés au fil de la trajectoire ou bien constituer un faisceau d'alertes à un moment particulier.

Aucune des trajectoires décrites, n'est dépourvue de déconvenues ou d'accidents liés aux consommations de produits ou aux pratiques sexuelles. Au contraire, les expérimentations sont généralement multiples et par là-même souvent décevantes, désagréables ou mal vécues. Effets secondaires des produits, nausées, infections, douleurs ... *descente* à l'issue d'une session (fatigue, tristesse...), sentiment de déstabilisation du couple, du rythme de vie, culpabilité... comptent parmi ces événements plus ou moins perturbants évoqués en entretiens. Leur ampleur, leur répétition ou tout simplement un fléchissement de la résistance individuelle à ces expériences déclenchent à un moment donné la décision de « *calmer le jeu* », faire une pause ou arrêter.

« Je me suis fait peur »

Les dommages liés aux consommations ont souvent valeur de déclic, en particulier quand la personne prend peur à l'issue d'une session ou d'un accident plus violent qu'un autre ou vécu comme tel.

Mickaël raconte ainsi un moment de panique consécutif à deux sessions *chemsex* de plusieurs jours pendant lesquelles il réalise de nombreuses injections après avoir fait une importante commande de 3MMC et d'AlphaPVP. Il n'y a pas d'accident sur le moment, mais la descente est rude et l'inquiète. Il se rend aux urgences pour des éruptions cutanées, la crainte d'une infection. Au bout du compte, il n'a pas de dommage physique mais le sentiment d'avoir frôlé la mort le fait réagir.

Sur trois ou quatre jours, j'ai fait au moins une vingtaine d'injections, quelque chose comme ça. Je consomme tout ce que j'ai. Les 5 grammes plus un reste d'Alpha PVP. C'était impressionnant quand même. Parce que quand on est trois ou quatre jours sans dormir, déshydraté, qu'on commence à avoir des éruptions cutanées... le cœur n'est pas à 60 battements par minute, mais

à je ne sais pas combien : 130,140 pendant plusieurs jours... On passe proche, quand même, de... Je ne sais même pas, avec les doses que j'ai prises, comment j'ai pu tenir. Pour moi, je vois que je suis passé proche de la mort quand même. Je pense que d'autres n'auraient peut-être pas supporté. Et c'est là où... Il y a eu un déclin à ce moment-là, une prise de conscience. Et à partir de là, je mets tout en place pour arrêter. (Mickaël, 39 ans)

Dimitri évoque également, un choc à l'occasion d'une injection au cours de laquelle il a cru perdre son bras sous l'effet d'une sensation de brûlure intense. Il décrit cet épisode comme « un avertissement décisif », lui faisant craindre des dommages physiques irréversibles et l'ayant conduit à renoncer à l'injection.

J'étais avec une personne que je connais depuis un certain temps, donc en confiance. Mais au moment où j'ai injecté, j'ai eu l'impression que ça m'a brûlé sur tout le bras, donc j'ai retiré aussi tôt et j'ai stoppé. Et là, je me suis dit : « plus jamais » ...J'ai eu cette sensation-là...il y a vraiment cette peur aussi. Je me suis dit : tu ne te rends pas compte de ce que tu risques, si ça te brûle comme ça juste à cet endroit-là qu'est-ce que ça fait si ça va partout à l'intérieur ? C'est bon, stop, tu arrêtes tes conneries. (Dimitri, 45 ans)

Être témoin d'un accident

Parfois, l'événement qui fait peur et invite à réfléchir n'est pas directement vécu mais constaté sur d'autres. Plusieurs répondants racontent avoir été témoins d'accidents parfois fatals qui les ont traumatisés et conduits à réfléchir sur leurs propres pratiques. Dimitri raconte ainsi avoir assisté à un coma consécutif à une surdose de produits, une expérience qui, cumulée avec d'autres, l'ont amené à prendre de la distance avec ses pratiques.

Mais moi, ça m'est arrivé lors d'une soirée où un mec est arrivé, que je ne trouvais pas terrible. Il n'avait pas slamé, mais il avait pris des doses énormes avant d'arriver et je ne le sentais pas. Je n'étais pas en forme, donc j'étais allé me coucher et on m'a réveillé en disant : « untel n'est pas bien, qu'est-ce qu'on fait ? » Donc, je me suis levé, je suis allé voir et j'ai dit : « ce n'est pas compliqué, vous appelez le SAMU de suite ». Il était en hypothermie et heureusement que le SAMU est arrivé parce qu'ils ont pu le mettre sous oxygène et le ramener, sinon je pense qu'il pouvait très bien passer en arrêt cardiaque. Donc, quand on voit ce genre d'expériences, on se pose des questions aussi. C'est ces différentes petites choses qui se sont cumulées et qui ont fait que j'ai voulu réfléchir à tout ça. (Dimitri, 45 ans)

« Je perds pieds »

Parfois, le déclin, ne vient pas d'un événement particulier, extérieur, il peut se produire quand la personne constate qu'elle est désormais engagée dans des pratiques qui ne correspondent plus à ses attentes initiales. Percevant ce moment comme une perte de contrôle indésirable, certains font machine arrière vers des pratiques plus raisonnées de leur point de vue, d'autres s'arrêtent.

Il y a toujours des événements qui te rappellent à l'ordre. C'est comme une alerte, un feu rouge, qui dit « attention, là tu utilises la drogue, mais d'une mauvaise façon... » le premier désir dont j'avais envie avec les drogues, d'expérimenter, voyager, dans le sens épicurien, là je l'avais perdu. (Salim, 40 ans)

Les signaux d'une perte de contrôle viennent aussi quand la personne constate un impact de ses pratiques dans sa capacité à maintenir une activité professionnelle et un rythme de vie habituels.

« Certains s'arrêtent juste avant de tomber. Souvent un très bon déclic, c'est quand ils commencent à avoir des problèmes de boulot, des absences répétées. » (Intervenant)

« Toucher le fond »

Plus qu'une perte de contrôle et d'équilibre plus ou moins douloureuse, certains répondants rapportent leur abandon du *chemsex* à un envahissement psychologique et de leur mode de vie par des pratiques devenues insoutenables. Le *chemsex* venant se substituer ou parasiter l'ensemble des activités et engagements de la vie quotidienne.

Tout en travaillant la semaine, Laurent passe ainsi son temps sur son téléphone en vue de sessions *chemsex* auxquelles il se livre chaque week-end, il est traumatisé par ce qu'il y vit, il est épuisé, il lance un appel au secours à son médecin. Démarre pour lui un parcours d'abandon total du *chemsex*.

Je suis fatigué par le travail, je me rends compte que... j'ai le sentiment que je vais crever... en fait, il y a un moment où j'ai ce sentiment-là et je vais voir mon médecin et je lui dis « j'en peux plus ». J'en peux plus, arrêtez-moi, internéz-moi ou... Et donc mon médecin m'a envoyé vers cette structure. Et là, je disais simplement que je fumais des pétards et que j'étais fatigué par le travail. Et là, lorsque j'ai vu le médecin, il m'a regardé droit dans les yeux, il m'a dit « vous faites du chemsex ou vous prenez des produits... ? ». Là, j'ai éclaté en sanglots et là, il m'a énuméré des produits que je prenais, j'ai dit « oui, peut-être, certainement » ... Et c'est là où j'ai commencé un processus où j'ai tout arrêté. (Laurent, 46 ans)

Hervé décide de tout arrêter à un moment de sa trajectoire où il s'est vu réduit à l'état d'objet sexuel sans plus aucun autre moteur de vie que la participation à des sessions *chemsex*. Bien qu'il se décrive comme « sexuellement très actif », Hervé considère avoir vécu ce qu'il appelle « une overdose de cul et de drogues », jouant pour lui comme un déclic à l'origine de l'arrêt total de ses pratiques *chemsex*. L'overdose dont il parle, n'est pas liée aux dommages physiques de l'addiction aux drogues, elle est synonyme d'un envahissement de sa vie, le *chemsex* devenant une ligne biographique dominante, prenant le pas sur ses autres engagements sociaux, une forme « d'expérience totale » (Castel, 1998) également rapportée par d'autres répondants.

Je suis allé jusqu'à l'overdose du cul et de drogue, c'est pour ça que j'ai arrêté. Comme un ami qui m'a dit 'j'en ai marre qu'on me prenne pour une bite et compagnie' et c'est vrai que ça... en fin moi, c'était l'overdose de cul qui m'a amené à ça... J'en avais marre de passer tous mes week-ends, le dimanche à comater parce que j'étais complètement à la ramasse, de pas pouvoir avancer et de ne rien faire de ma vie. Ça enlève toute passion, ça enlève tout. (Hervé, 31 ans)

J'ai voulu arrêter parce que ça me causait des problèmes au boulot. J'avais de la fatigue. Et puis j'étais pas bien... C'est venu par rapport à la fatigue, par rapport à mes amis, par rapport à ma famille et ainsi de suite. Je n'ai pas envie de perdre tout ça. Il y a autre chose dans la vie. (Oswald, 45 ans)

Les « techniques » et stratégies personnelles

En vue de faire une pause ou d'arrêter, les répondants évoquent un certain nombre de stratégies qu'ils ont mises en œuvre. Parmi elles, rompre avec la sociabilité des réseaux *chemsex* paraît déterminant. Pour ce faire, certains disent avoir changé de numéro de téléphone, d'autres ont déménagé, d'autres encore ont réinvesti des cercles de sociabilité

amicaux qu'ils avaient délaissés. Sabri parle à ce propos d'un cercle vertueux. Revoir ses anciens amis, y compris dans un contexte festif, le protège d'une *rechute* dans les cercles *chemsex* : il lui faut être en forme pour avoir l'énergie nécessaire à une longue soirée de fête entre amis.

Ce qui m'a beaucoup aidé à arrêter, c'est de changer de numéro de téléphone. J'ai changé ce numéro du coup, on n'est plus sollicité par les plans cul qui disent : oui je suis à côté, je peux passer ? (Hervé, 31 ans)

Mon ami de Bordeaux qui a vu que j'avais réussi, est parti de Bordeaux où ça baise beaucoup et où ça prend beaucoup de drogues. Il est parti dans le nord, dans sa famille, un tout petit bled. (Jérôme, 35 ans)

Je revois mes potes, je commence à ressortir et je me rends compte que je connais énormément de monde... Il y a plein de gens qui viennent vers moi : « oh, salut, comment tu vas ? ... Et donc, ça commence à interdire la rechute. Parce qu'il faut être clean la semaine d'après pour ressortir Il faut être bien. Il faut être présentable... C'est un cercle vertueux, bizarrement, d'aller se bourrer la gueule avec ses potes à la Mercredix ou à la Vendredix. (Sabri, 43 ans)

De fait, le milieu de vie, quartier ou ville et l'inscription de la personne dans les réseaux de pratiques constituent des facteurs majeurs associés au *chemsex* (Bourne *et al.*, 2014 ; Pollard *et al.*, 2018 ; Schmidt *et al.*, 2016). Dès lors, les stratégies de rupture ou d'éloignement adoptées sont effectivement décisives dans l'abandon des pratiques problématiques. Elles n'en demeurent pas moins difficiles à mettre en œuvre. Déménager, même quelques temps, est parfois inenvisageable et réinvestir d'anciens ou de nouveaux cercles de sociabilité confronte les personnes à la difficulté de faire le deuil d'une expérience de vie intense et à un possible sentiment de décalage.

« Maturing out » : mûrir une pause ou l'abandon du chemsex

Les pauses ou l'abandon des pratiques *chemsex* ne sont pas mécaniquement connectés à l'ampleur des dommages subis par les personnes. À l'image des carrières d'usagers de drogues (Milhet, 2003), une démarche de détachement ou de sortie n'est enclenchée qu'au moment où la personne se sent prête ou disposée à le faire : *c'est ça qui est horrible, c'est que quelqu'un qui est drogué, on aura beau lui dire quoi que ce soit, mais vraiment tout, tant qu'il est pas prêt, il ne lâchera rien*, souligne Hyppolite.

Ce moment de lassitude ou de détermination intervient au terme d'un mûrissement plus ou moins étalé dans le temps, quelques semaines, quelques mois, quelques années. L'accumulation de difficultés ou de signaux concernant les dangers de la pratique sont parties prenante de ce mûrissement, mais le cheminement est également éminemment personnel. Les expériences vécues comme insoutenables ou considérées comme des limites à ne plus franchir par les uns ne le sont pas pour d'autres. L'expérience d'Hervé en fournit un exemple. *Chemsexer* pendant six ans, Hervé a abandonné ses pratiques au jour de l'entretien. Il vit cet abandon comme une sortie définitive du *chemsex*. Il raconte avoir fait le tour de l'expérience, une sensation qui s'est forgée progressivement tout au long de ses deux dernières années de pratiques pendant lesquelles « *on arrête, on reprend, on arrête, on reprend* » dit-il. Un moment de panique lié à une consommation de produit survient au terme de ces deux années. Ce n'est

pas le premier accident qu'il rencontre mais il le vit différemment et prend la décision d'arrêter.

Je suis allé sur la plage, j'ai chialé un bon coup et j'ai dit à mon copain « j'arrête la drogue ». Et j'ai arrêté... Quand j'ai arrêté, j'y croyais. Faut y croire. Je pense qu'il y a des moments, des signes de la vie, des virages qu'il ne faut pas louper. (Hervé, 31 ans)

Philippe illustre également une démarche de pause issue d'un cheminement de vie au cours duquel il a mûri un renoncement à des conduites sexuelles devenues insatisfaisantes. Il n'éprouve le besoin d'aucune aide particulière pour s'éloigner de pratiques *chemsex*. Elles lui apparaissent désormais vide d'intérêt. Après vingt ans de consommations de produits dans des contextes sexuels marqués par une norme de performance, il dit ressentir une lassitude de ce type d'expérience. Il présente son parcours de sortie comme étant le fruit de ce cheminement personnel, favorisé par une grande confiance en lui.

J'acte. Là c'est bon j'ai fait 20 ans de sexe, en performance, si j'avais dû être heureux avec ça... Je le serais déjà. (Rires). Donc je me suis dit : si t'as pas été heureux pendant 20 ans et que tu veux toujours plus de sexe quand tu fais du sexe, dans ce cas faut que t'arrêtes de faire du sexe pour le sexe et de faire autrement, pour essayer d'être un peu plus heureux... (Philippe, 49 ans)

Le rôle des supports sociaux et des dispositifs d'aides

En plus ou en marge des accidents de parcours, ce sont parfois les réactions de l'entourage, famille, amis ou intervenants qui créent une prise de conscience et suscitent une dynamique de ralentissement ou d'arrêt des pratiques. Un message, une attitude, pas nécessairement inédits, sont pour la première fois perçus comme une alerte à prendre au sérieux.

Famille et amis

Ethan, décrit ainsi une première prise de conscience du caractère dangereux de ses pratiques, consécutive aux réactions de ses amis ne fréquentant pas les cercles *chemsex* et ignorant ses pratiques : *Ça a commencé à être moins bien quand j'ai eu des critiques de mes meilleurs potes : on te voit plus etc.* dit-il.

Il va progressivement mobiliser sa famille pour être accompagné dans sa démarche de sortie. Il annonce ses pratiques à ses frères et sœurs à qui il avait « *tout caché* » jusque-là, un acte particulièrement marquant pour lui : « *on ne se dit rien dans la famille* ».

Ma sœur, c'était assez trash, je lui ai écrit un message pour lui dire qu'il y a un an, j'avais fait une overdose avec des substances et que j'étais tombé dans un truc qui ne me ressemblait pas et que j'avais fait très peur et que j'avais vécu un an d'enfer à essayer de me sortir de tout ça. Et mon frère, c'était à Noël, j'avais besoin de partager ça avec lui. On ne se dit rien dans la famille, donc j'avais besoin qu'on se dise les choses. Ça fait partie du commencement. (Ethan, 37 ans)

Injecteur de drogues en contexte sexuel pendant quatre ans, Joseph a abandonné ses pratiques depuis cinq ans au jour de l'entretien. Il lui arrive de consommer de la cocaïne ponctuellement, avec des amis, mais ces consommations sont déconnectées de ses activités sexuelles. Il est en couple et considère le *chemsex* comme très loin de lui désormais. Encouragé par ses amis qui s'inquiétaient pour lui sans pouvoir l'aider, Joseph a parlé de ses pratiques à ses parents. Il raconte le rôle décisif joué par sa mère dans son parcours de sortie. Non pas qu'elle ait porté à bout de bras son abandon du *chemsex*, mais sa présence résolue

et bienveillante à ses côtés a renforcé ses résolutions. Ne pas trahir la promesse de sortie faite à cet être cher a aussi définitivement forgé sa détermination.

J'ai un de mes amis qui vit à New York, je lui en ai parlé et il me dit : « Je ne suis pas là, je ne peux pas t'aider à distance, ça n'est pas possible. Il faut que tu en parles à ta mère ». J'ai dit ouais et je l'ai fait. Ça a été dur et en plus, j'avais perdu vachement de poids à l'époque... ma mère a quand même compris. Elle m'a dit : « maintenant, ce qu'on va faire, c'est que toutes les 48 heures, je t'appelle et si tu ne me réponds pas dans les 24 heures, je viens te chercher et tu restes à la campagne autant qu'il faut » ... Je lui avais fait tellement de mal, elle s'est tellement inquiétée tout en ne le montrant pas parce que ma mère, c'est un roc. Elle s'est tellement inquiétée que j'ai tenu ma promesse. C'est ce qui m'a sorti de ça. Ça fait un peu cucul la praline, mais en même temps, ça a marché chez moi, mais je ne dis pas que ça marche pour tout le monde. Parfois, maman elle fonctionne mieux qu'un psy... (Joseph, 37 ans)

Les dispositifs d'aide

Une diversité d'intervenants sont présents dans les trajectoires de certaines personnes. Ils interviennent à plusieurs titres dans le cadre des pauses ou des stratégies d'abandon du *chemsex*. Ils sont approchés pour une aide ponctuelle, en vue de réduire temporairement les consommations ou bien à l'occasion d'une crise majeure. Sans être explicitement sollicités au sujet du *chemsex*, des intervenants jouent parfois le rôle d'un déclic initiant une pause ou l'abandon des pratiques.

Chemsexer depuis huit ans au jour de l'entretien, Geoffroy décrit positivement son expérience. Son parcours est jalonné de contacts ponctuels avec plusieurs intervenants, addictologues, psychologues, association communautaire, qu'il a sollicités dans une perspective de mieux contrôler ses consommations. Par exemple, estimant la fréquence de ses sessions *slam* trop importante, se répétant à raison de trois ou quatre fois par mois, à un moment donné, il a consulté un addictologue « *pendant un temps* » dit-il, le temps de revenir à un rythme qui lui paraissait raisonnable, une fois tous les trois ou six mois. Il précise qu'il attendait de l'addictologue : « *plutôt une meilleure gestion, pas l'arrêt complet* ».

Pour certains répondants, les contacts, même ponctuels, avec un ou plusieurs intervenants sont présentés comme des déclics à l'origine d'une pause ou d'un arrêt des pratiques. Plusieurs personnes racontent avoir perçu comme un signal d'alerte, une petite phrase anodine ou un jugement ressenti à l'occasion d'une consultation ou d'un passage à l'hôpital. C'est ainsi une plaisanterie lancée par son médecin à l'occasion d'une consultation PrEP qui a fait réagir Jean, l'amenant à ralentir la fréquence des sexparties.

Un jour mon médecin Prep me dit en rigolant mais il avait raison : je vais te faire une carte de fidélité sur la gonorrhée et la chlamydia... Ça m'a vraiment mis une claque. (Jean, 25 ans)

À la suite d'un accident lié à une surconsommation de 3MMC couplée à du GHB, Ethan s'est rendu à l'hôpital. Être reçu « *comme un toxico* », l'a fait réagir. Cette expérience l'amène à accepter qu'il est dépendant. Pour cela, il lui a été nécessaire de « *l'entendre de quelqu'un* ».

En une heure je me suis fait traiter 15 fois de toxico... c'est hyper utile... Ça a été bien parce que ça a été une prise de conscience. (Ethan, 37 ans)

Enfin, plusieurs répondants décrivent une démarche vers les dispositifs, déterminée par une volonté de mettre un terme à une pratique devenue problématique.

Par exemple, sans avoir décidé de « tout arrêter », Tanguy évoque une démarche de sevrage du GHB, à la suite d'un *délirium tremens* qu'il décrit comme « *l'une des expériences les plus*

traumatisantes de (sa) vie ». Paniqué et prenant conscience de sa dépendance au produit à l'occasion de cet accident, il s'informe sur des forums, contacte des services d'aide et suit une cure de sevrage. Il a envie de « *retrouver une sexualité normale* », cela inclut pour lui une consommation de produits, mais modérée et sans GHB, il n'en consommera plus.

Je suis passé en delirium tremens. Ça veut dire que je commençais à me sentir très oppressé, avec l'impression de mourir, de suffoquer, de voir tout ce qui ressemblait de près ou de loin à un objet se changer en un animal, commencer à avoir des délires... De 4 heures à 7 heures, j'ai vécu une des expériences les plus traumatisantes de ma vie. À ce moment-là, j'ai consulté sur Psychoactif tous les effets du GHB, le delirium tremens. Je me suis fait à la fois très très peur, et... j'étais conscient que j'étais dépendant de quelque chose... J'ai contacté quelqu'un disant que, désormais, je voulais arrêter le GHB, je voulais revivre, retrouver une sexualité normale, en tout cas sortir, si ce n'est pas du chemsex, de la prise quotidienne de GHB. C'est là où a été décidé de s'occuper de me prendre en charge à Marmottan pendant dix jours. Ça a été, pour moi, une expérience très bénéfique, parce que ça m'a déjà permis d'arrêter de consommer du GHB et je n'ai pas consommé de GHB depuis que je suis sorti de Marmottan. C'est un des trucs que je ne reconsommerai plus. Ça, c'est acté, je pense. (Tanguy, 22 ans)

Au final, les trajectoires dans le *chemsex*, non linéaires, comptent des pauses pour certains et des sorties. Les personnes ayant arrêté leurs pratiques au jour de l'entretien, depuis plusieurs mois ou plusieurs années, mettent en avant une série de composantes clés ayant forgé leur résolution. La stratégie de sortie décrite par Mickaël, réunit l'ensemble de ces ingrédients. Il raconte une prise de décision ferme d'abandonner ses pratiques à la suite d'un moment de panique à l'issue de sessions *chemsex* qui le conduit aux urgences. Sa résolution à ce moment-là est aussi le fruit d'une forme de mûrissement : l'expérience du *chemsex* ne lui apporte plus les effets positifs des débuts, il a subi des dommages répétés liés au *slam*, il a peur, il n'en peut plus. Éprouvant une forme de déclic, il élabore un véritable programme en vue de soutenir son arrêt du *chemsex* : il supprime toutes les applications de rencontres de son téléphone, bloque les coordonnées bancaires lui permettant d'acheter des produits en ligne, il se force à sortir de nouveau dans d'autres cercles de sociabilité, il pratique l'autohypnose, la méditation, il parle à ses amis qui ignoraient ses pratiques, il parle à sa famille, il parle à son médecin, il va voir un psychologue ...

Les épreuves majeures du processus d'abandon du chemsex

Abandonner le *chemsex* revient à renoncer à une expérience de vie d'une grande intensité. Par-delà les traumatismes vécus parfois, rompre avec les usages de produits en contexte sexuels, implique de faire le deuil de sensations et d'émotions renversantes. Les personnes se trouvent confrontées à la difficulté concrète de parvenir à faire autre chose, ne pas demeurer désœuvrées, sans savoir comment occuper leur temps personnel. Il s'agit également de parvenir à concevoir qu'une vie sans *chemsex* puisse avoir de la saveur. Est-il possible de retrouver du plaisir ailleurs ? Dans d'autres activités ? Comparé à l'intensité de l'expérience vécue, tout peut sembler fade, la sexualité en particulier.

Même à l'hôpital on te dit ça que ça n'aura plus la même saveur que ça va être compliqué. (Ethan, 37 ans)

Outre la crainte d'échanges sexuels insatisfaisants, des répondants s'interrogent sur leur capacité même à avoir des rapports sexuels sans l'assurance d'être endurants grâce aux effets

des produits ou sans la garantie même d'avoir un partenaire. L'arrêt des pratiques *chemsex* nécessite en effet de prendre ses distances par rapport aux applications de rencontre sur lesquelles les propositions de « *plan chems* » sont innombrables. Ne plus utiliser les applications protège mais cela prive également d'une garantie de rencontres ou de *plans* quasi immédiats. Réinvestir des espaces de rencontre différents, sans certitude, peut être difficile, prendre du temps ou faire peur. Ces craintes et les formes de solitude concrètes ou redoutées qui les accompagnent font partie des épreuves qui jalonnent les parcours de sortie du *chemsex*. Elles s'entremêlent parfois à la crainte d'être soi-même devenu fade, sans intérêt comme le raconte Hyppolite. *Chemsexer*, il était drôle, il avait plein d'histoires à raconter. Depuis qu'il a tout arrêté, il n'a plus grand-chose à dire qui pourrait faire rire ses collègues.

Je peux vous raconter des histoires très drôles qui me sont arrivées. Mais quand on arrête tout ça, j'ai plus d'histoires. Mes collègues du boulot, ils adoraient parce que je suis très ouvert, je racontais tout : « alors attends, c'est drôle » et j'expliquais des trucs drôles. Et maintenant, c'est pas que je suis fade, mais j'ai pas grand-chose à raconter... mais d'un côté, est-ce que la vie doit toujours être aussi intense ? Je ne suis pas sûr. (Hyppolite, 31 ans)

Symétriquement, les personnes peuvent éprouver un décalage par rapport aux amis qui n'ont jamais pratiqué le *chemsex* et desquels elles se sont éloignées plus ou moins longtemps. Ces derniers paraissent parfois ennuyeux ou bien ont pris un chemin de vie auquel les personnes se sentent étrangères. Ces amis sortent peu ou moins, ils ont un projet de PMA (procréation médicalement assistée), ils ont eu des enfants.

Abandonner le *chemsex* est parfois synonyme « *d'un retour sur terre après avoir connu le paradis* » selon l'expression d'un intervenant. Un tel parcours est pour le moins difficile à vivre ou même à concevoir. Certains expriment leur manque d'assurance, leur difficulté à se projeter ou leur ambivalence quant à retourner ou non à des sessions *chemsex*.

Enseignements et recommandations

Les trajectoires dans le *chemsex* peuvent être jalonnées de pauses ou s'orienter vers une sortie au bout de quelques semaines, mois ou années. Ces abandons, provisoires ou définitifs sont portés par une série d'expériences accumulées qui forgent la décision individuelle. Une fois la décision mûrie, une stratégie de sortie est mise en œuvre appuyée sur la détermination personnelle et l'aide souvent décisive de supports sociaux (entourage, famille, dispositifs d'aide). Les pauses peuvent être multiples, suivies de reprises de pratiques. Les dynamiques qui portent les personnes vers un arrêt provisoire ou définitif ne présentent pas de différence particulière. Alertes, accidents, résolutions, interactions... les mêmes « ingrédients » impliqués dans le processus d'abandon impriment leur marque de façon plus ou moins durable selon les personnes et la résonance du *chemsex* dans leur parcours de vie.

Ces résultats signalent que l'horizon du *chemsex* n'est ni la perte absolue de toute ressource personnelle ni nécessairement l'abstinence définitive. De ce point de vue, la réponse des intervenants doit pouvoir proposer une palette d'objectifs personnalisés et prendre appui en les renforçant sur les ressources des personnes liées à leur environnement social, leurs aptitudes à reprendre le contrôle de leurs pratiques et les dispositions psychologiques qui les portent au moment où elles sollicitent les dispositifs.

Cette nécessaire adaptation des intervenants n'est pas simple. Répondre dans l'urgence à une demande de sevrage n'est parfois pas possible. À l'opposé, accompagner de façon

répétée une même personne qui demande de l'aide pour abandonner ses pratiques puis les reprend est déroutant. Pour autant, il s'agit d'inscrire la demande d'abandon dans un cheminement personnel afin de proposer une réponse appropriée.

Par ailleurs, en plus de renforcer les possibles stratégies personnelles d'arrêt, communiquer plus largement sur les « techniques » qui se sont révélées opérantes pour certains et le fait qu'il est possible de mettre en place une stratégie d'éloignement ou d'abandon du *chemsex* pourrait rassurer et donner des repères à d'autres *chemsexers*.

Partie II.

Perception des risques et des dispositifs d'accompagnement

Connaissances et perceptions des risques liés au *chemsex*

Les dommages possibles

Un certain nombre de prises de risques à l'occasion du *chemsex* exposent les personnes aux dommages liés à la fois à l'usage de substances psychoactives et à certaines pratiques sexuelles. Ils se déclinent aux plans somatique, psychologique et social.

Outre les poppers, les produits les plus couramment consommés dans le cadre des pratiques *chemsex* sont le GHB / GBL, les cathinones (4-MEC, 3-MMC, ...), la cocaïne, les médicaments de performance sexuelle (Viagra® - sildénafil, Cialis®-tadalafil), et, dans une moindre mesure, la kétamine et la méthamphétamine [voir tableau produits consommés]. Excepté le GHB/GBL et la kétamine, ces produits ont des propriétés stimulantes qui ont notamment pour effet de provoquer des sentiments d'euphorie et augmenter l'excitation et l'endurance sexuelle. L'ensemble des substances facilite une levée des inhibitions qui contribue pour les usagers à améliorer les plaisirs sexuels.

Leur usage est néanmoins risqué. À court terme, Les polyconsommations ou surconsommations de produits à l'occasion de pratiques sexuelles peuvent ainsi causer des nausées, vomissements, troubles du rythme cardiaque, vertiges ou pertes de connaissance notamment en cas de surdosage de GBL/GHB (G-Hole) ou de kétamine (K-Hole) ... À l'extrême, la personne encourt le risque d'une intoxication aiguë pouvant entraîner la mort. À plus long terme, un risque d'addiction existe à un ou plusieurs des produits consommés. Les NPS, en particulier lorsqu'ils sont injectés, peuvent générer un *craving* particulièrement fort. Outre les risques infectieux et bactériens, liés au partage et/ou à la réutilisation du petit matériel, l'injection peut aussi entraîner une série de complication : abcès, endocardites, septicémies, altération du réseau veineux, diverses complications cutanées (Mahevas *et al.*, 2016).

Au plan psychologique, la *descente* d'une session de *chemsex* singulièrement si elle s'est prolongée plusieurs jours, peut être vécue douloureusement : grande fatigue, déprime, palpitations, anxiété, maux de tête, des troubles cognitifs importants (Batisse *et al.*, 2016a ; Foureur *et al.*, 2013 ; Fournier et Escots, 2010), voire la décompensation de troubles psychiatriques (troubles anxieux, troubles bipolaires...).

Au plan social, le *chemsex* et le *slam* en particulier peuvent être des facteurs de désocialisation majeurs. Des usagers décrivent des difficultés professionnelles accompagnées d'éloignement progressif de leurs cercles d'amis et de socialisation hors *chemsex*.

Produits (possiblement) consommés dans le cadre de *chemsex* (hors alcool et cannabis)

| Produit | Appellations usagers | Aspect | Modes d'usage | Prix moyen à l'achat* (2018) |
|--------------------------|--|--|--|--|
| Poppers | Pop, Jungle... et noms commerciaux : Jungle Juice®, Pig Juice®, Rush®, Fuck Me®, Hot®, Bronx®, Girly Power®, Amsterdam®... | Liquide transparent jaunâtre généralement contenu dans une fiole brune ou ambrée de 8 à 30ml | Inhalé | 8 à 15€ la fiole |
| GBL/GHB | G, liquid ecstasy, MDMA liquide... | Liquide incolore, poudre blanche cristalline | Bu - mélangé à de l'eau ou boisson sucrée. Rarement injecté | Autour de 70 € le demi-litre |
| Cathinones | 3-MMC, 4-MEC, MDPV, 4P, butylone, mélanges de cathinones vendues comme NRG2, NRG3, αPVP, PV8, αPHT... | Poudre blanche, jaunâtre, cristaux, granules... | Sniffées, ingérées, injectées, <i>pluggées</i> (insérées dans le rectum) | Entre 5 et 20€ le gramme sur Internet selon la quantité commandée |
| Cocaïne | Coke, C, CC... | Poudre | Sniffée, fumée, injectée | Entre 50 et 80€ le gramme |
| MDMA/ecstasy | D, MD, Taz... | Cristaux comprimés | Ingérée (parachute, dilué dans une boisson), plus rarement sniffée | Autour de 10€ l'unité (gélule ou parachute), 50-60€ le gramme |
| Kétamine | K (Key), kéta, spécial K, kate... | Liquide incolore, poudre cristalline | Sniffée, injectée (plus rarement) | Entre 40€ et 50€ le gramme de poudre |
| Méthamphétamine | Crystal, Tina, Meth, crystal meth, Ice, ... | Cristaux | Fumée, Sniffée, injectée ou insérée dans le rectum | Entre 100€ et 220 € le gramme environ selon achat selon source d'approvisionnement |
| Viagra/Cialis, Levitra** | | Comprimés | Ingérés, injectés (plus rarement) | 0,60 à 1,50€ l'unité |

* Ces tarifs correspondent à des fourchettes mais ne reflètent la grande variabilité des prix d'acquisition des produits selon les sources d'approvisionnement et quantités achetées.

** Sildénafil citrate/tadalafil

S'agissant des pratiques sexuelles un certain nombre de conduites à risques sont rapportées (pénétrations anales non protégées, usage intermittent du préservatif, fist-fucking, partage de sex toys...) exposant les personnes à de possibles contaminations infectieuses (VIH, VHC, VHA) et bactériennes¹⁰.

La question des connaissances des risques associés aux *chemsex* est peu explorée dans la littérature. Les éléments dont on dispose sont essentiellement constitués par les constats de terrain et les témoignages des usagers. Il n'existe pas encore de corpus scientifique ad hoc étayant spécifiquement quelles sont les pratiques à risques connues ou inconnues des personnes impliquées dans le *chemsex*. Sont exposés ci-après, les éléments qui ressortent de l'expérience des répondants rencontrés ainsi que des usagers s'exprimant sur des réseaux sociaux dédiés.

Quels sont les risques qui apparaissent méconnus ?

S'agissant des drogues, des interrogations sur certains produits inconnus ainsi que sur les modalités d'usage permettant d'éviter tout dommage sont rapportées par les répondants et circulent également sur les réseaux sociaux. Les questionnements surviennent à la suite d'effets secondaires inattendus ou indésirables ou, plus rarement semble-t-il, pour préparer une consommation qui « fait envie ». Ils visent souvent l'obtention d'information pour mieux gérer les risques et non pour abandonner des consommations.

Impliqué dans des pratiques *chemsex* depuis trois ans, Vassili, 32 ans en donne un exemple. Il se dit désireux de poursuivre ses pratiques *chemsex* mais intéressé par toute information lui permettant de prévenir les risques associés : *Je suis preneur d'informations sur quelles sont les bonnes pratiques par rapport aux risques*, dit-il. Comme lui, des *chemsexers* fréquentant les réseaux sociaux se tournent vers leurs pairs pour les interroger autour d'effets ou dommages inconnus et obtenir des informations leur permettant de mieux contrôler leurs pratiques.

Quels sont les effets de la MD ? Peut-on la consommer en slam ? (Groupe chemsex, Facebook)

Petite question, depuis quelques mois je prends de la MD en slam. Avant je me contentais du snif et des cachets de 3. Boire de l'eau suffisait à éviter l'effet bouche trop sèche. Avec le slam, même quand je me force à boire, j'ai quand même la bouche extrêmement sèche, est-ce que vous avez une astuce pour éviter cet aspect très gênant ? (Groupe chemsex, Facebook)

J'aimerais savoir si certains d'entre vous ont des soucis d'aphtes après consommation de 3mmc ? et si quelqu'un a une explication, des conseils, des remarques. (Groupe chemsex, Facebook)

¹⁰ Les dernières données disponibles concernant les découvertes de séropositivité au VIH montrent que les HSH demeurent le groupe le plus vulnérable, représentant 45% des découvertes en 2017-2018, cette proportion s'élevant à 15% chez usagers de drogues injectables (UDI). En 2017, on note également une augmentation continue du d'infections à gonocoque (+70% entre 2015 et 2017) particulièrement marquée chez les HSH (+84%) comparativement aux hétérosexuels (+29%) (Santé publique France, 2018) Une recrudescence très importante des IST bactériennes particulièrement dans la population des HSH a été relevée entre 2013 et 2015. L'augmentation des cas d'infection dans cette population a été de l'ordre de 56% s'agissant de la syphilis précoce, de 100 % s'agissant des gonococcies, de 47 % concernant les lymphogranulomatoses vénériennes LGV rectales et de 92 % pour les infections rectales à *Chlamydia* non L (Ndeikoundam-Ngangro *et al.*, 2016)

Si quelqu'un a déjà essayé la zmeq, quels sont les effets et le dosage en sniff ? (Groupe chemsex, Facebook)

S'agissant du *slam*, il ressort qu'une partie des personnes, bien que conscientes et soucieuses des risques associés à l'injection, en ont toutefois une connaissance confuse et ignorent la technique de l'injection s'exposant à d'importants dommages.

Alors la seringue, je l'utilisais entre trois et quatre fois, là aussi parce que... au niveau du coût, au départ, parce que ça a été difficile d'en trouver facilement. À la pharmacie, ils vous en donnent trois ou quatre kits. Donc la seringue, on la reprend, on mettait un petit peu de produit pour désinfecter plus ou moins et on recommençait. Le problème...c'est... les aiguilles, au bout d'un moment, on arrive plus à se piquer parce que les aiguilles, en fait, s'émousent, parce que c'est très, très fin, et du coup, on s'esquinte les veines, on s'esquinte les bras... (Roger, 50 ans)

C'est des seringues à usage unique en fait à chaque fois, chacun a la sienne... Qui est réutilisée peut-être trois, peut-être deux, trois fois, quatre fois jusqu'au moment où le stérifilt, ben lui, il est bouché, donc du coup on change le stérifilt mais pas forcément l'aiguille mais chaque personne a son aiguille, enfin sa seringue. (Rémy, 28 ans)

Les pratiques à haut risque de certains *slamers* procèdent pour partie d'une absence de culture de réduction des risques et des dommages, mieux maîtrisée par les usagers de drogues hors *chemsex*.

Ils ne voient pas la prise de risque. Ce n'est pas un déni, ils ne la voient pas parce qu'ils n'ont pas la culture d'usagers de drogues. C'est-à-dire ils sont surpris quand tu leur dis : mais tu te rends compte ? L'injection dix fois par nuit ? Et tout ça en n'ayant pas dormi pendant deux jours ? (Intervenant santé communautaire)

Elles peuvent également être favorisées par un refus d'identification avec les usagers de drogues injecteurs. Pour une partie des personnes injectant des drogues en contexte sexuel, *slamer* n'est pas *shooter*. Sabri critique une hypocrisie dangereuse à ses yeux. De son point de vue, reconnaître que *slam* et injection correspondent à la même modalité d'usage de produits constituerait une première étape vers l'acquisition d'une culture de RdRD.

Quand tu dis à un mec : « tu te fais un shoot » ou « tu te fais un fix », il va mal le prendre. Quand tu parles de slam, ça passe. Slam. Slm, S-L-M. Voilà. Mais si tu définis la même chose avec le mot de fix ou de shoot, là, tout d'un coup, tu as cette image des années 80, de la vieille pute défoncée à l'héroïne qui n'a plus de dents. Alors que c'est la même chose, et que le résultat, au final, sera le même. Je suis extrêmement énervé par ça. Par cette hypocrisie. (Sabri, 43 ans)

Un rapport personnel aux risques et aux prises de risque

Les risques liés à l'usage de drogues ou aux pratiques sexuelles doivent être pris en considération en termes de connaissances mais aussi en termes de rapport personnel aux prises de risques et replacés dans le cadre général des plaisirs liés au *chemsex*. Les prises de risques ne découlent pas forcément d'un manque d'information. Elles ne procèdent pas non plus d'un accès d'irrationalité (O'Byrne et Holmes, 2011 ; Westhaver, 2005). Le *chemsex* constitue en lui-même un contexte propice aux prises de risques par rapport auxquelles les personnes se positionnent en fonction de leurs connaissances mais aussi en opérant des choix selon que les risques leur paraissent évitables ou non, acceptables ou non. Ces choix relèvent

d'appréciations qui peuvent s'écarter des recommandations de santé publique mais n'en demeurent pas moins les critères jugés pertinents par les personnes. Elles procèdent à une hiérarchisation des prises de risques en fonction de repères personnels ou bien diffusés dans la communauté et délimitent ce qui correspond pour elles à une conduite acceptable. De fait, le *chemsex* expose à une série de risques qu'il peut paraître illusoire de totalement contrôler d'autant plus si le sens que la personne concernée donne à ses conduites n'est pas pris en considération.

Il semble que la dépendance aux produits et l'ensemble des dommages possibles liés aux consommations de drogues sont plus facilement considérés comme problématiques par les personnes, au contraire d'autres dommages liés aux pratiques sexuelles à risques.

Parmi les répondants, les prises de risques associés aux produits semblent relever en priorité d'une méconnaissance des *bonnes pratiques* d'usage ou bien d'une impossibilité à s'y conformer compte tenu du contexte de consommation ou d'une dépendance aux drogues / *slam*. La question de la connaissance des risques paraît moins prégnante s'agissant des pratiques sexuelles. Les conduites à risques individuelles reposent ici sur une pluralité de motifs. Les répondants peuvent insister sur le fait qu'il est impossible de se protéger de l'ensemble des risques dans le cadre du *chemsex* ou que les enjeux de l'expérience vécue l'emportent sur leur crainte des dommages possibles. Certains soulignent que les conséquences des pratiques sexuelles à risques « *ne sont pas un sujet* » parce que des mesures préventives existent s'agissant du VIH par exemple ou bien parce que les pathologies peuvent être traitées s'agissant du VHC ou d'autres IST. À l'opposé, les pratiques sexuelles à risques banalisées par certains sont perçues comme intolérables par d'autres. Enfin, des répondants soulignent qu'ils souhaiteraient éviter des prises de risques sexuelles ou liées aux drogues mais qu'ils n'en ont pas la possibilité.

Là encore les conduites individuelles relèvent d'une pluralité de logiques, une même personne pouvant se positionner de façon différente selon la prise de risque considérée. La complexité de l'expérience rappelle la nécessité de considérer les pratiques *chemsex* dans leur singularité.

Une pratique safe 100% sous chems, c'est impossible

Emprunté à Simon, l'intitulé donné aux développements ci-après, éclaire une grande partie des conduites à risque associées aux sessions *chemsex*. Les répondants expliquent que, de fait, la rigueur des règles de réduction des risques notamment infectieux et bactériens liés aux pratiques sexuelles ou à l'injection n'est pas maîtrisée ou bien entre en contradiction avec le contexte de lâcher prise caractéristique des sessions *chemsex*. Excepté l'usage du préservatif, peu mentionné dans les entretiens, les gestes requis pour éviter des contaminations infectieuses ou bactériennes à l'occasion de pratiques sexuelles à risques semblent insuffisamment connus mais surtout impossibles à observer dans toute leur précision.

Vadim en donne une illustration. Impliqué dans une association de RdRD, il maîtrise les pratiques requises pour éviter les infections au VHC et dit observer des connaissances très hasardeuses parmi ses partenaires qui souhaitent se protéger.

En termes de pratiques hard, en fait personne ne sait identifier ces risques au VHC. C'est-à-dire que tu vas avoir plein de tentatives de réduction des risques mais quand je les observe, ça me fait rire. Par exemple, sur les fist, tu vas avoir des gens qui vont tous avoir leurs gants par contre, ils vont passer d'un cul à l'autre avec le même gant. Ou alors ils ne vont pas mettre de gants mais

aller se laver les mains avec du savon en pensant que ça marche. Je vois plein de pratiques de réduction des risques qui ne marchent pas sur le VHC. (Vadim, 28 ans)

S'agissant des mêmes risques d'infection au VHC à l'occasion des pratiques de fist-fucking, Simon avance qu'il est possible d'éviter les blessures, vecteur de contamination, en étant à l'écoute et attentif à l'attitude du partenaire, « *si vous voyez qu'il est bourrin, vous savez mettre le holà* » dit-il. Toutefois, il ajoute que « *personne n'est à l'abri* » parce que la question du statut sérologique VHC du partenaire n'est finalement pas posée : « *c'est un peu au petit bonheur la chance, la question se pose pas sur le moment, on n'en parle jamais.* » (Simon, 51 ans)

Aux yeux de Vadim ce type de prise de risque en toute conscience n'est pas dramatique si les participants veillent à se livrer à un dépistage régulier et parce que la pathologie peut être soignée.

Je trouve ça drôle parce que c'est sans conséquence aujourd'hui. Ce public-là se fait dépister tous les trois mois. Pour eux, un VHC est sans conséquence : ils seront guéris immédiatement ; en plus ils sont gays donc ils sont éligibles à l'accès immédiat (au traitement). (Vadim, 28 ans)

Par ailleurs, en matière d'usages de substances, au-delà d'un contexte propice aux prises de risques, des répondants soulignent que, malgré leur volonté de se protéger, leur dépendance aux produits les empêche de réduire les risques.

On en est conscient, mais justement, l'obsession, c'est à tout prix d'y arriver et peut-être que l'on prend des risques dans la mesure où on s'acharne pour essayer d'arriver à avoir la veine. Et puis, dans la précipitation, on ne prend pas le temps de bien nettoyer, de bien pousser. C'est là qu'il y a une prise de risques, c'est une négligence plus qu'un oubli. (David, 58 ans)

Les risques font partie du jeu

Bien que les effets des produits ou la frénésie de sexe associée à certaines sessions *chemsex* puissent faire « *perdre la tête* », les pratiques à risques sont rarement prises « *à la légère* », inconsidérément. Pour partie, les prises de risque doivent être rapportées aux enjeux liés aux plaisirs du *chemsex*. Face à l'intensité des plaisirs escomptés ou quand le *chemsex* est associé à la possibilité de vivre pleinement sa sexualité notamment, un plaisir nié pendant des années, alors les craintes ou les réticences associées à certaines prises de risques sont placées au second plan.

Roger explique ainsi que les effets des produits lui ont permis de réaliser des fantasmes qui lui tenaient à cœur. Bien que conscient, des prises de risques associées, le plaisir escompté l'a conduit à les laisser de côté.

C'est allé loin au niveau sexe, c'est vrai, donc il n'y a pas eu de protection, lui était séropo, je le savais, donc ça s'est passé sans protection et il n'y a pas eu non plus de résistance de moi, ni quoi que ce soit, ni de doute... Je ne sais pas si c'est les produits qui ont fait ça, mais j'étais prêt à prendre le risque d'être plombé. (Roger, 50 ans)

Par ailleurs, une série de conduites à risques peuvent être adoptées à l'occasion de sessions *chemsex*, « *la question ne se pose pas* » expriment les répondants, parce que les dommages liés aux pratiques à risques sexuelles sont banalisés s'agissant de nombreuses IST, considérés comme maîtrisés s'agissant du VIH, ou bien parce que « *ça fait partie du jeu* ».

Ainsi, les IST bactériennes, en recrudescence particulièrement dans la population HSH, ne sont pas mentionnées par les personnes dans les entretiens, semblant faire partie des risques acceptables associés au *chemsex* (Fernández-Dávila, 2016).

Les pénétrations anales non protégées font parfois, de fait, partie des sessions : « *Tout le monde baise sans capote de toute façon.* » dit Mickaël. Les participants expliquent que le plaisir des rapports sexuels sans préservatif l'emporte sur les risques de contamination. Peu importe alors le statut sérologique de la personne, les partenaires se retrouvent pour avoir des rapports sexuels non protégés.

En général, les partouses, c'est toujours sans capote, donc y a pas vraiment de recherche de savoir le statut sérologique ou si la personne, elle prend la PrEP ou quoi que ce soit. C'est vraiment, avant tout c'est chercher des rapports sans préservatifs. Après peu importe que la personne après soit séropositive, prenne la PrEP ou pas, etc. C'est vraiment la recherche de rapports non protégés. (Rémy, 28 ans)

Ce choix n'est pas forcément pleinement assumé comme en témoigne Jocelin qui culpabilise de ne pas mettre de préservatif : « *Le fait de ne pas mettre de capotes, je le fais beaucoup, je prends le risque quasi à chaque fois. Là il faut que j'aille me mettre sous PrEP parce que clairement je joue avec ma santé, c'est pas bien, il est temps que je le fasse* » dit-il.

Sans que les conduites à risque soient comme programmées comme dans le cas de sessions *bareback*, certains répondants considèrent que le risque VIH est maîtrisé, les partenaires séropositifs ayant une charge virale indétectable ne sont plus contaminants et les participants séronégatifs auraient recours à la PrEP.

Enfin, les prises de risques en matière de consommation et de pratiques sexuelles sont parfois spécifiquement intriquées dans le canevas des jeux sexuels autour desquels les partenaires de retrouvent. En dépit d'effets indésirables parfois lourds, « *mal à la mâchoire, crispé, fatigué, déprimé* », Laurent n'a jamais su ni quel produit il a consommé ni à quelles doses, pendant ses expériences *chemsex* qu'il a abandonnées au jour de l'entretien. Intriquées dans le canevas d'un jeu sexuel de domination par son partenaire, ses consommations se faisaient à l'aveugle. De même, il raconte s'être prêté à des pratiques sexuelles qu'il considérait comme risquées – fist fucking et pénétrations anales non protégées –, parce qu'elles faisaient partie du scénario.

C'est de l'ordre du jeu sexuel, donc... du coup les choses se font ... Généralement, dans ces soirées, il y a aussi des personnes dominantes et qui imposent un peu les règles du jeu, aussi bien en matière de pratique sexuelle que de prises (de produits). C'est : va prendre maintenant une ligne et mets-toi comme ça... tu dois prendre parce que je te veux dans cet état. Il y a des choses très directives, très injonctives dans le ton, ... ça fait partie d'un jeu, tout ça. (Laurent, 46 ans)

Une grande attention portée aux prises de risque

En plus des autocontrôles et régulations collectives mises en œuvre pour éviter les dommages liés aux consommations de produits [voir partie I], une partie des répondants minoritaire, dans l'échantillon de cette étude, insistent sur leur intransigeance à l'égard des risques liés aux pratiques sexuelles, le risque de contracter le VIH en particulier.

Hervé et Thierry, séronégatifs tous les deux, en fournissent une illustration. L'un comme l'autre disent leur attachement à l'usage du préservatif. Ils mentionnent des exceptions, quand les rapports sexuels se font avec des partenaires de confiance ou bien quand, trop « *défoncés* » disent-ils, ils ont perdu la maîtrise de la situation. Dans ces cas de « *blackouts* » comme les désigne Hervé, tous deux ont eu recours au TPE dès le lendemain.

J'ai déjà fait (sans préservatif) avec des potes mais c'est parce que j'ai confiance en eux mais sinon je le fais avec personne. Ou alors si vraiment je suis défoncé mais vraiment défoncé et que le mec me dit qu'il est sous PrEP. Ça m'est arrivé deux fois de le faire mais je peux te dire que le

lendemain, je n'étais pas fier de moi... une fois le mec, je n'avais pas du tout confiance en lui, le lendemain je lui ai envoyé des textos, il ne m'a pas du tout rassuré, du coup j'ai pris de la trithérapie pendant 1 mois et je t'avoue que je n'ai pas envie de recommencer. (Thierry, 25 ans)

Ethan de son côté, double l'usage du préservatif avec le recours à la PrEP. C'est pour lui qui « *déteste les prises de risques* », une protection complémentaire pour les cas où ses partenaires refuseraient catégoriquement le préservatif ou face à des « *petits cons* » dit-il, qui n'auraient pas d'états d'âme pour « *mettre en danger la vie d'autrui* ».

J'ai toujours vu la PrEP comme une protection complémentaire, je ne l'ai pas vu comme une absence des anciennes protections. J'ai continué à mettre la capote, je n'ai pas mis la capote quand l'autre était réticent en face et que vraiment il ne voulait pas. Et surtout, la PrEP était une sécurité en plus pour moi par rapport aux partouzes où j'ai vu beaucoup de petits cons qui ne mettaient pas de capote et qui ne le disaient pas à l'autre ou qui, comme par hasard, n'avaient plus de capote au bout d'un moment. Il s'agit de pratiques à risques involontaires. (Ethan, 37 ans)

Vivant avec le VIH depuis plus de 30 ans et une charge virale indétectable, Gabriel estime que l'usage du préservatif est une contrainte à laquelle il n'est plus forcé de s'astreindre puisqu'il n'est plus contaminant. Pour autant, il conserve la peur de contracter une infection virale ou bactérienne. En vue de réduire ces risques, il procède à une forme de « *sérotriage* », privilégiant les rapports sexuels avec des personnes séropositives sous traitement ou ayant recours à la PrEP. Ces partenaires-là dit-il, font partie des groupes vulnérables régulièrement suivis et donc traités en cas de contraction d'une IST. D'autres partenaires, moins sensibilisés ou prenant leur état de santé plus à la légère à ses yeux, seraient plus à risque.

J'en ai ras le bol des séronégatifs, de ceux qui se croient séronég et qui ne font jamais un dépistage. Jamais rien. C'est-à-dire que la dernière fois qu'ils ont vu un CeGIDD, c'était il y a trois ans. Si ça se trouve, depuis huit mois, il a la syphilis en stade deux et moi, je ne veux plus attraper ça, j'en ai marre... L'hépatite C ne m'amuse pas, ça me fait peur. Je n'ai pas envie d'avoir une hépatite C, même si on a des traitements, je n'ai pas envie. Je préfère coucher avec des mecs séropositifs sous traitement ou des mecs sous Prep. Parce que ceux-là, au moins, deux fois par an et ceux qui sont vraiment bien suivis, quatre fois par an, il y a tous les dépistages de populations vulnérables. Et donc ça réduit. Ils sont dépistés et traités. (Gabriel, 51 ans)

Consentement et abus

Un certain nombre de prises de risques apparaissent dans des contextes où la personne peine à démêler la part de son consentement de celle d'un abus dont elle aurait été victime. Laurent, Mickaël et Arnaud en fournissent des exemples.

Laurent restitue ainsi son parcours passé de *chemsexer* sous un angle sombre, décrivant des expériences traumatisantes, dans lesquelles il s'est engagé sous l'influence d'un partenaire. Il évoque explicitement des prises de risques « *sous contraintes* » tout en se disant malgré tout « *consentant* ». Il signale des « *règles du jeu* » énoncées en amont non respectées par ses partenaires et dit s'être rendu à certaines sessions *chemsex* tout à la fois « *la boule au ventre* » mais aussi pour éprouver une forme de considération reconfortante.

Je me sentais pris dans le truc. J'avais peur, parfois j'avais peur d'y aller. J'avais la boule au ventre, parfois, d'y aller. Parce que je savais que ça pourrait induire des risques, je savais... j'y pensais mais j'y allais quand même... Parce qu'il y avait une forme de considération particulière... En tout

*cas le regard qu'on portait sur moi en tant qu'objet de désir. C'était une considération particulière.
(Laurent, 46 ans)*

Mickaël, lui, reste indécis quant à ce qu'il désirait vraiment la première fois qu'il a consommé des produits en injection. Il est troublé, il a dit oui au partenaire qui lui a proposé de l'initier, il le souhaitait sur le moment, mais il était « *perché* ». Il en veut à cette personne. À ses yeux, le *slam* marque l'entrée dans des pratiques plus risquées que d'autres modes de consommation, dont on aurait dû le protéger. Expérimenté, le partenaire qui l'a initié n'aurait pas dû le lui proposer, mais lui aussi était *perché*, comment lui en vouloir ?

Ça me paraît bizarre de dire que... C'est compliqué de dire... J'ai dit oui, mais en étant perché. Donc c'est un oui, mais est-ce que j'ai vraiment... Avec le recul, je n'aurais pas dit oui. Enfin, je ne sais pas comment exprimer ça. Ce n'est pas un vrai consentement, quoi... Le slam pour moi, c'est différent. Parce que c'est plus grave. Ça a des conséquences plus graves. Puisque les gens qui le proposent, ils ont quand même un certain recul avec ça. Et ils savent dans quel système ils entraînent la personne quand même. Sauf qu'ils sont perchés de la même manière sur le moment et qu'ils sont incapables, eux-mêmes, d'empêcher d'entrer la personne dans le système. Mais c'est pour ça que je dis qu'il n'y a pas vraiment un consentement. C'est parce qu'on nous fait rentrer dans un système qui est quand même très dur. (Mickaël, 39 ans)

Arnaud raconte une soirée *chemsex* pendant laquelle il s'est endormi à la suite d'une prise de plusieurs produits dont du GHB et de la 3MMC, une cathinone qu'il n'avait encore jamais consommée. Réveillé par la douleur, il constate qu'un échange sexuel a débuté à son insu. Il vit très mal ce qui lui est arrivé, il n'était pas consentant mais il s'interroge : « *du viol peut-être ?* » dit-il.

Je me suis endormi et quand je me suis réveillé, c'est parce que ça me faisait mal et un mec était en train de me fister. Du coup, ce matin-là, je suis rentré chez moi et j'ai parlé avec un Simon (un ami) parce que je ne l'avais pas autorisé à faire ça...J'étais bien défoncé et je me suis endormi. Dans mes souvenirs, je me suis endormi, je n'étais pas en position pour me faire fister. Du coup, je pense qu'ils m'ont tourné pour me fister. Donc, je ne sais pas quel mot utiliser parce qu'en fait, j'ai senti la douleur et j'ai dit 'non il faut que tu arrêtes parce que je n'aime pas ça'. Simon m'a dit que ce n'était pas bien, que c'était du viol. Du viol peut-être ? Mais j'étais là, j'y étais allé. (Arnaud, 36 ans)

Les intervenants au contact de *chemsexers* pointent eux-aussi le caractère préoccupant de possibles abus à l'origine d'expérience traumatisantes tout en soulignant la difficulté d'établir une frontière entre consentement et abus. Les produits consommés à l'occasion des sessions altérant fortement la conscience des personnes, comment déterminer si les partenaires ont délibérément manqué de considération les uns envers les autres ou bien s'ils n'ont pas été en mesure de communiquer clairement sur leurs attentes réciproques ?

Aujourd'hui sur la question du consentement, moi je suis horrifié du nombre de mecs qui disent : oui, il était défoncé, mais j'ai couché avec lui. Je leur dis : mais tu lui as demandé s'il était en état ou s'il était consentant ? Les mecs répondent : attends, il a pris du G ! À partir du moment où il prend du G, c'est bien pour baiser. C'est-à-dire que la seule idée d'aller obtenir le consentement verbal, ou par un autre signe, mais un signe clair n'est même pas interrogé. Pitié ! (Intervenant santé communautaire)

Ici, l'intervenant critique l'idée que certains participants se réfugieraient dans « l'excuse » des drogues pour justifier après coup des comportements qu'ils réprouvent, une démarche

également décrite dans la littérature (O'Byrne et Holmes, 2011). Pour autant, l'effet de certaines drogues, le GHB en particulier, est présenté comme particulièrement troublant, altérant la clairvoyance des participants sur les échanges souhaités de part et d'autre.

C'est ça qui me gêne vraiment avec ce produit (GHB), c'est que la conscience est vraiment altérée. Tu ne peux pas dire : mais tu ne t'es pas rendu compte que tu faisais baiser par cinq mecs ? Il y en a beaucoup qui te décrivent ça, qui te disent : moi je ne suis pas allé là-bas pour coucher avec cinq mecs, c'est du viol, je suis allé là-bas, je devais en voir un, je suis arrivé, ils étaient cinq et je ne me suis pas rendu compte. Ce qui est vrai. Là, on ne peut même pas le leur reprocher, ce n'est pas un reproche, avec le GHB, ils perdent conscience. (Intervenant santé communautaire)

Enseignements et recommandations

Besoins d'informations

Les conduites à risques observées dans le cadre du *chemsex* sont affaire de méconnaissances d'une part et d'un rapport personnel aux prises de risques d'autre part.

Bien qu'une partie des *chemsexers* disposent d'une culture sur les substances illicites et les modes d'usages à moindre risque, les besoins d'informations semblent majeurs :

1/ sur les produits (Quelle molécule derrière un nom ? Quels effets ? Quels effets en interactions ? Quelles modalités d'usage ? ...),

2/ sur les risques associés à leur consommation et,

3/ sur les modalités d'usage garantant d'une réduction des risques en particulier s'agissant de l'injection.

Concernant les pratiques sexuelles à haut risques, les besoins de connaissances sont moindres mais les modalités de protection requises ou disponibles ne sont pas nécessairement connues s'agissant de la PrEP en particulier. Elles sont également peu maîtrisées s'agissant du VHC et des IST. De ce point de vue, promouvoir un dépistage régulier des maladies infectieuses et bactériennes parmi les *chemsexers* constitue une stratégie à part entière de réduction des risques (Hoareau et Reynaud-Maurupt, 2018).

Postures individuelles face aux risques

La perception des risques des personnes engagées dans le *chemsex* s'écarte des approches préventives de santé publique. Certaines pratiques concrètement associées à des dommages possibles peuvent ne pas être considérées comme telles par les personnes ou bien adoptées en connaissance de cause. Pour autant les prises de risques ne sont généralement synonymes ni d'une volonté d'autodestruction, ni d'une totale inconscience des dommages encourus. Contrairement à l'expérience des usagers de drogues problématiques dont certains formulent explicitement leur parcours comme relevant d'un « *suicide à petit feu* » (Milhet, 2003), la plupart des répondants ne restituent pas leur expérience du *chemsex* en ces termes. S'agissant des risques liés au *chemsex*, comme du risque VIH concernant plus largement la communauté gay, la notion de réduction des risques procède d'un « agencement subjectif entre les recommandations de santé publique, la perception des risques et les pratiques de plaisir escomptés au sein d'un groupe minoritaire » (Girard, 2016). De plus, à considérer qu'il s'agisse de l'horizon guidant leurs conduites, maintenir un « bon » état de santé peut renvoyer pour les personnes à plusieurs réalités de santé physique et psychique, différentes des normes de santé publique.

Dès lors, mieux connaître ce que les personnes considèrent comme correspondant à des pratiques problématiques pour elles permet de comprendre pourquoi elles ne sollicitent pas forcément d'aide en lien avec des comportements considérés comme à risque et de mieux adapter l'accompagnement de celles qui se tournent vers les dispositifs.

Consentement et abus

Les préoccupations montantes au sujet des problématiques d'abus sexuels possibles dans le cadre du *chemsex* invitent à développer un dialogue parmi les *chemsexers* et les intervenants sur la notion de consentement éclairé. Il s'agit de poser des jalons plus clairs délimitant les frontières entre désirs et abus sexuels dans ces contextes et développer une culture du consentement éclairé parmi les *chemsexers*.

Perception et attentes envers les dispositifs

Diversité des contacts

Un peu plus de la moitié des personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête étaient en contact ou avaient eu contact avec un ou plusieurs professionnels de santé ou intervenant communautaire au jour de l'entretien.

Pour certains, l'entrée en contact s'est faite à l'issue de consultations au sein du dispositif d'aide médical ou paramédical dans un cadre indépendant du *chemsex*. Non sollicités à ce propos, les intervenants ont ouvert le dialogue avec la personne sur ses pratiques *chemsex*, initiant des consultations ultérieures dédiées

Particulièrement éloigné des recours possibles en cas de difficulté, Roger ne sait pas ce qu'est un CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues). Il n'avait pas non plus notion de ce que recouvre l'addictologie avant qu'un médecin ne lui parle de ces services d'accompagnement à l'occasion de son hospitalisation pour un problème de dos.

J'ai fait une infection au niveau du dos, ... je suis allé dans un service infectieux du CHU. Une grave infection au niveau du dos, entre deux vertèbres. J'ai été hospitalisé entre quinze jours trois semaines et le docteur qui me suivait m'a dit : il y a un service d'addictologie, je vous y envoie, allez le voir. Et à partir de ce moment-là, voilà, je suis allé voir le docteur X (addictologue) qui m'a suivi, voilà, et qui m'a aidé. (Roger, 50 ans)

D'autres, se sont ouverts sur leurs pratiques *chemsex* ou ont saisi un ou plusieurs intervenants spécifiquement pour obtenir de l'aide. Excepté les demandes explicites de sevrage pour lesquelles les personnes se sont rendues dans les structures dédiées, un point notable est que, pour des problématiques similaires, les personnes se sont tournées vers une grande diversité d'intervenants : addictologue, santé communautaire, médecin généraliste, professionnel de santé rencontré dans les consultations PrEP, psychologue, ...

Peu de répondants rapportent des contacts inscrits dans la durée. Bien qu'il ne puisse pas être généralisé, ce constat met en exergue trois hypothèses :

- Quelle que soit la gravité de leur situation au moment où elles se tournent vers les dispositifs d'aide, les personnes n'ont pas nécessairement besoin d'une prise en charge de longue durée ou bien cela ne correspond pas à leur demande. Les intervenants sollicités doivent pouvoir apprécier les dispositions de la personne pour adapter leur réponse au plus près des objectifs qu'elle se donne ;
- Il est possible que les personnes ne fassent que passer par les dispositifs par ignorance de l'aide qui pourrait leur être apportée ;
- Les personnes ne trouvent pas dans le contact noué ce qui correspond au soutien qu'elles sont venues chercher.

Pour les intervenants, ces points invitent à prendre en considération plusieurs dimensions : la sollicitation procède parfois d'une décision individuelle éclairée et raisonnée ; à l'opposé, des personnes peuvent se tourner vers eux sans connaître les réponses qui peuvent leur être proposées ou bien en conservant une forme de défiance.

Les caractéristiques attendues des échanges et pour la relation d'aide

Du point de vue des personnes, la pertinence des échanges noués avec les intervenants est rapportée à une série de critères parfois indépendants des qualifications du professionnel consulté.

Il en est ainsi de la bienveillance et de l'absence de jugement, décisives pour nouer un contact. Compte tenu de leur expérience du stigmata de l'homosexualité encore très présente et/ou d'une forme de culpabilité liée aux pratiques *chemsex*, les personnes redoutent souvent une forme de condamnation et/ou de dépréciation de la part de leurs interlocuteurs qui brident leur démarche envers les dispositifs ou l'expression de leurs difficultés aux intervenants consultés. Parfois, même en l'absence d'attitude de rejet, la crainte du stigmata et de l'homophobie de la part des professionnels de santé empêche les personnes de consulter ou de s'exprimer librement.

Par ailleurs, certains soulignent que l'absence de familiarité des professionnels avec leurs répertoires de pratiques sexuelles constitue un obstacle pour engager le dialogue. La nécessaire sensibilisation des intervenants avec des pratiques sexuelles inscrites dans une sous-culture gay – *gay cultural and sexual literacy*– est également mise en évidence dans la littérature (Pennant *et al.*, 2009 ; Race *et al.*, 2016). De ce fait, une partie des répondants se sont tournés en priorité vers les associations de santé communautaire, les professionnels gay ou gay-friendly.

Les médecins que j'ai vus sont gays. Ça compte... clairement, oui. Sur la sexualité, sur les pratiques, quand ils me posent une question sur quelles pratiques j'ai eues, est-ce qu'il y a eu du fist, est-ce que je voudrais voir un proctologue. Ce sont des questions tout à fait concrètes qui me parlent. (Jean, 25 ans)

Une expertise sur les consommations de substances associées aux pratiques sexuelles est un autre critère déterminant pour les personnes. Elle est de fait associée aux addictologues mais des expériences malheureuses soulignent que cette expertise sur les produits consommés dans le cadre du *chemsex* n'est pas nécessairement maîtrisée par les professionnels de l'addictologie. S'agissant des NPS en particulier, compte tenu de leur nombre et de la rapidité des changements sur le marché, les professionnels ne sont pas toujours au fait des nouveaux produits consommés en contextes sexuels. De ce point de vue, les intervenants pairs et les réseaux d'utilisateurs constituent des ressources d'informations et de soutien complémentaires ou plus adaptées.

L'addictologue ne m'a pas du tout aidé, zéro ! Il m'a dit que ça ne le concernait pas, qu'il fallait aller voir un psy... mon pote de Bordeaux citait des produits que l'addictologue ne connaissait pas. Pour un addictologue, ne pas connaître ce qui sort... (Hervé, 31 ans)

Au-delà voire avant les qualifications spécifiques des intervenants, la recherche d'une confiance, d'un accueil bienveillant et d'expertise guident les recours des personnes. Un professionnel rencontré à l'hôpital plutôt que dans un centre communautaire peut ainsi être considéré comme un référent avec lequel la personne se dit plus en confiance pour être suivie que parmi ses pairs. À l'opposé, seuls les pairs sont parfois perçus comme des interlocuteurs éclairés du fait de leur connaissance intime du vécu des personnes, les autres professionnels étant critiqués ou craints pour leur possible incapacité à comprendre les problématiques individuelles.

Par exemple, Sabri et Nicolas ne sollicitent pas ou bien se détournent des associations de santé communautaire en estimant soit que l'expertise en matière d'addictologie se situe dans les consultations hospitalières pour le premier ou bien que, paradoxalement, un professionnel de santé extérieur à la communauté offre une écoute plus neutre.

Pour moi, (l'association X), non, Fernand-Widal, oui. Parce que je sais que c'est des pros, je sais qu'ils sont là depuis longtemps, je sais qu'ils ont l'expérience et je sais que c'est là que ça se passe... on est dans le domaine de l'addiction. (Le slam, le chemsex) tout ça c'est de l'addiction comme le cul peut être de l'addiction. (Sabri, 43 ans)

C'est pas tant que l'action du (centre communautaire) qui était mauvaise ou n'était pas bonne pour moi... Mais moi, je n'y trouvais pas mon compte... Je préfère raconter ça à des anonymes, enfin des gens qui... Je me suis senti moins mal à l'aise et moins jugé, finalement... en racontant ça aux psys de Sainte-Anne qu'auprès de ma communauté, qui était censée finalement ne pas me juger, me soutenir et me comprendre. Et puis ce rapport de séduction qui entre toujours en jeu. T'es avec des mecs, certains qui sont très mignons, et j'aurais aimé être entendu par des gens qui... des professionnels. Je ne dis pas qu'ils sont pas professionnels, mais il y a trop de connivence. (Nicolas, 35 ans)

À l'inverse, de nombreux échanges circulant sur les réseaux sociaux, soulignent la bienveillance ressentie à l'occasion de rencontres avec des intervenants pairs et combien le sentiment d'une appartenance communautaire joue un rôle déterminant dans le soutien dont ils ont besoin. Le témoignage d'un *chemsexer* recueilli sur une plateforme d'échange internet en fournit une illustration. Évoquant une difficulté à franchir le pas pour se rendre aux temps d'échanges proposés par une association, il en vient à mettre en avant qu'il s'agit de l'espace au sein duquel il a le sentiment de trouver sa place.

J'ai longtemps hésité. C'est pas faute de ressentir votre vibrante bienveillance, vous la démontrez quotidiennement ici ou IRL (In Real Life) ... Plein de petites conneries, d'un fond de timidité parfois malade, d'un résidu de honte à l'idée de cette dépendance aux stups, d'un éloignement volontaire de certains volets de "la communauté"... Alors que finalement timidité et honte étaient ridicules, on est tous dans le même bad trip. Quant à la communauté : finalement c'est parfois là qu'on se sent le plus à sa place, et pour quelqu'un qui fuyait dans les stups c'est finalement très agréable de pouvoir poser son cul, (dans les réunions d'échanges entre pairs). (Groupe chemsex Facebook)

La question de l'accessibilité

Pour certains, isolés du fait de leur lieu de vie (environnement rural) et/ou hors réseau de sociabilité gay, on note soit une méconnaissance complète du dispositif de RdRD et de soins, soit une grande difficulté pour le mobiliser. Les personnes sont éloignées des lieux d'accueil et d'accompagnement dédiés ou bien sont amenées à se tourner vers des professionnels exerçant très à distance de leur lieu de vie par souci de confidentialité.

Oswald raconte ainsi faire face à deux obstacles pour évoquer ses pratiques *chemsex* avec un intervenant. Il réside dans une petite commune dépourvue de professionnels qualifiés pour répondre à ses questions. Les intervenants susceptibles de l'aider exercent à plusieurs heures de route de son domicile. Se rendre dans une consultation dédiée lui est très difficile. Il devrait s'absenter de son travail ne serait-ce qu'une demi-journée. Parler de ses consommations aux médecins du village n'est pas envisageable pour lui. À considérer que son médecin ne le juge

pas pour son orientation sexuelle ou ses consommations, dans un village tout se sait avec de fortes chances d'être rejeté.

Interrogé sur ses recours possibles en cas de difficulté avec ses pratiques *chemsex*, il explique :

Je connais personne comme toubib (dans son village). À Brive, (ville la plus proche) ce serait encore plus problématique. Il faut que je prenne une demi-journée de travail pour aller voir un toubib. C'est pas évident de dire à son toubib : Je suis homo, j'ai besoin de tout ça. On peut pas le faire parce qu'il faut poser des congés pour aller voir son toubib. Dans ce cas-là, ça va se savoir qu'on a un souci ou autre. C'est une difficulté en plus. On ne peut pas parler de drogue à quelqu'un facilement. On ne peut pas. C'est la vie de la campagne qui est faite ainsi. On voit bien qui est-ce qui est rentré dans la salle d'attente : tiens, Oswald, il était chez le docteur aujourd'hui ! Je l'ai eu ça. C'était juste pour un problème avec un orteil. Je n'avais pas dit à ma mère que j'étais allé voir le toubib, mais ma mère l'a su. C'est pour ça que les gens ne disent rien, ne font rien. (Oswald, 45 ans)

Enseignements et recommandations

Les recours aux dispositifs et les attentes exprimées par les répondants de cette étude soulignent une grande méconnaissance de l'offre de services pour certains et, sans que cela soit contradictoire, une conception très précise des besoins à satisfaire dans la relation d'aide. Développer et diffuser l'information sur les lieux ressources notamment en matière d'addictologie est nécessaire. Simultanément, l'absence de jugement et la compréhension de leurs pratiques attendues par les personnes nécessitent de favoriser la visibilité d'intervenants gay-friendly d'une part et d'améliorer les connaissances des intervenants en matière de sexualité LGBT+ (Lesbiennes, Gay, Bisexuel, Transgenre) d'autre part. Outre le développement d'une palette de recours en adéquation avec les besoins des personnes (addictologie, santé communautaire, psychologie, psychiatrie, sexologie ...), un enjeu majeur porte sur la nécessité d'améliorer la confiance envers les dispositifs d'aides. Réduire les attitudes possiblement homophobes ou centrées sur une norme hétérosexuelle en est une condition centrale.

Le chemsex vu par les intervenants et professionnels de santé

Compte tenu de la nouveauté du phénomène *chemsex*, le champ des réponses et des intervenants à mobiliser pour satisfaire les besoins des personnes en difficulté est en cours de construction. De nombreuses actions existent et se développent mais seul un petit nombre ont fait l'objet d'une évaluation. Bien que la recherche soit encore insuffisante pour établir quelles sont les interventions les plus bénéfiques pour accompagner la réduction des risques sexuels et liés aux usages de drogues parmi les *chemsexers*, une série d'études évaluatives fournissent des éclairages utiles (Knight *et al.*, 2019 ; Melendez-Torres et Bonell, 2014 ; UNODC, 2017a) [Voir Annexe 3]. Les interventions ayant fait l'objet d'un protocole d'évaluation ad hoc recouvrent les modèles suivants :

- 1/ Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ou de renforcement comportemental par gratification (Contengency management)
- 2/ Interventions de type communautaire (dites : *gay culturally tailored – culturally relevant*)
- 3/ Interventions brèves
- 4/ Pharmacothérapies
- 5/ Interventions par SMS

De façon globale, il ressort que la plupart des interventions parmi celles évaluées, sont associées à une réduction des pratiques à risques en matière d'usage de drogues et de sexualité. L'ampleur des changements est toutefois variable et les réductions sont observées essentiellement à court et moyen terme. Toutefois, la quasi-totalité des études évaluatives les plus robustes, ayant été conduites aux États-Unis, la question de l'opportunité et de la faisabilité de transposer les interventions prometteuses dans le contexte français demeure posée. Par ailleurs, les études envisagent essentiellement les consommations de méthamphétamines. On ne dispose pas de données relative à l'impact des interventions sur les consommations de cathinones, prédominantes parmi les *chemsexers* français.

Par ailleurs, il n'existe pas de référentiel d'action spécifique en matière de repérage et d'accompagnement.

Dans ce contexte, la présente étude s'est attachée à donner un premier aperçu des axes d'interventions promues par les intervenants au contact de *chemsexers*. Les éléments exposés ci-après reposent sur l'expérience d'un panel d'intervenants « pionniers » ainsi que sur les échanges de pratiques réalisés par un réseau d'acteurs constitué à l'échelon européen (European ChemSex Forum, 2018 ; ReShape *et al.*, 2016). La visibilité des interventions conduites en dehors de ces intervenants et réseaux particulièrement mobilisés sur les questions *chemsex* demeure un point quasiment aveugle (voir encadré médecine générale). Compte tenu du périmètre de cette enquête auprès des professionnels, les axes d'interventions présentés ne couvrent bien évidemment pas l'ensemble des enseignements qui devront être élaborés sur la base d'une consultation bien plus large d'acteurs impliqués dans le champ.

De façon globale, le point de vue des intervenants converge sur :

1. Le caractère préoccupant du phénomène et les besoins majeurs des *chemsexers* en difficultés même si ces derniers semblent constituer une minorité parmi les usagers de drogues en contextes sexuels ;
2. L'aspect pluridimensionnel des problématiques en jeu pour les personnes vues dans les dispositifs (addiction, vie sociale, sexologie, psychologie, psychiatrie...);

3. La nécessité de concevoir une diversité de réponses graduées, pluridisciplinaires inscrites dans une approche de santé globale ;
4. L'adoption d'une approche bienveillante et emportant l'adhésion de la personne.

Prévention et réduction des risques : enjeux et modèles d'action

Sur le versant de la prévention et de la réduction des risques et des dommages (RdRD) un grand nombre d'actions sont en cours, dont le développement est promu par les acteurs :

- ✓ Des actions d'informations et de sensibilisation des publics de *chemsexers* et des acteurs de prévention et de RdRD. Elles portent sur les produits et les modalités de consommation, sur les pratiques sexuelles à risques et l'importance d'un dépistage régulier des maladies infectieuses et bactériennes, sur les professionnels et lieux ressources existants, ...
- ✓ Des actions d'aller vers dans les espaces de pratiques *chemsex* publics (bars, sexclubs, saunas...) ou privés ainsi que sur Internet
- ✓ Des actions d'éducation par les pairs
- ✓ La distribution de matériel stérile (snif, injection, inhalation, dosage-GHB/GBL)
- ✓ L'analyse de produit
- ✓ L'accompagnement et/ou l'éducation à l'injection

Concernant la prévention et la réduction des risques, les intervenants pointent une série d'enjeux concernant l'accessibilité des plus jeunes *chemsexers*, le matériel de prévention disponible et la diffusion d'une culture de l'autosupport.

Atteindre et sensibiliser les publics jeunes.

Les publics de moins de 25 ans semblent moins en contact avec les dispositifs ce qui pose la question de leur accessibilité pour la diffusion d'information et de message de RdRD. Des stratégies d'aller-vers en vue d'atteindre ces publics existent en particulier sur Internet et les applications de rencontre. Elles devraient faire l'objet d'un suivi et être déployées pour faciliter l'accès des *chemsexers* de moins de 25 ans aux informations et dispositifs de RdRD en cas de besoins.

Les intervenants et les *chemsexers* vus dans les dispositifs soulignent une vulnérabilité particulière de ces publics compte tenu de leur inexpérience de l'usage de drogues, de leur moindre connaissance des modes de transmission des IST et du moindre recours au dépistage. De plus, contrairement à leurs aînés, les jeunes *chemsexers* peuvent débiter leur sexualité en adoptant un répertoire de pratiques sexuelles *hard*, réservées jusque-là à un groupe d'initiés ou bien survenant dans une carrière sexuelle déjà longue. Contrairement aux plus âgés et plus aguerris, ils n'ont pas accumulé l'expérience ou les ressources personnelles favorisant une meilleure gestion des risques associés.

Adapter les modalités de délivrance du matériel existant

Les besoins en matériel stérile des personnes injectant des produits en contexte sexuels ne sont pas les mêmes que ceux des usagers de drogues traditionnellement reçus dans les structures de RdRD. Les acteurs soulignent la nécessité de faciliter notamment l'accès à des quantités plus importantes de matériel d'injection pour les *slamers*. Ils notent également une

difficulté persistante dans ces publics à se rendre dans les structures dédiées aux usagers de drogues.

Concevoir et diffuser des outils de RdRD adaptés aux produits consommés dans le cadre du chemsex.

Particulièrement diffusée dans les sessions *chemsex*, la consommation de GHB/GBL se révèle peu maîtrisée et à l'origine d'importants dommages. En vue de faciliter la maîtrise du dosage très délicat de cette substance, des kits spécifiques ont été élaborés. Afin d'en optimiser la composition, leur adéquation avec les objectifs de RdRD visés gagnerait à être examinée. La diffusion de kits de consommation dédiés nécessite par ailleurs le déploiement de moyens humains et financiers quasi inexistant à ce jour.

Sensibiliser la communauté

En plus des actions de RdRD centrées sur les consommations de produits et les pratiques sexuelles, les intervenants soulignent l'intérêt du développement d'une culture de l'auto-support parmi les *chemsexers*. Réduire les risques devrait ainsi être étendu au développement d'une vigilance collective au service d'interactions bienveillantes pendant les sessions *chemsex* mais aussi en amont, dans le cadre des échanges en ligne.

Repérage de personnes en difficultés

Les signaux d'alerte

Un certain nombre de signaux d'alerte pour le repérage de situations problématiques sont mis en avant par les acteurs. Au plan infectieux, une vigilance doit être observée s'agissant de personnes séropositives au VIH qui se montrent moins régulières dans leur suivi ou l'observance de leurs traitements. Des cas d'infection au VHC en particulier s'ils sont répétés constituent également des signes d'alerte. Au plan social, un éloignement d'avec l'entourage socio familial ou bien des difficultés professionnelles importantes témoignent souvent d'une dérive majeure vers des pratiques non maîtrisées. Un basculement possible vers une problématique addictive doit également être surveillé pour les personnes dont les consommations sont de plus en plus importantes, de plus en plus fréquentes ou bien chez celles qui tentent de réduire leurs pratiques d'usages sans y parvenir. Des décompensations psychiatriques constituent également des signaux d'alerte mais il semblerait que ces situations soient moins fréquentes en tout cas moins vues par les intervenants, qui évoquent plutôt des « *histoires de chasse* » selon l'expression de ce professionnel :

Ça reste une toute petite proportion des patients. On n'en voit pas tant que ça qui décompensent sur le plan psy, même si on a tous des histoires de chasse qui défraient la chronique. (Addictologue)

Les acteurs clés du repérage

Parmi les intervenants susceptibles de repérer les personnes en difficultés, plusieurs catégories d'acteurs occupent des positions privilégiées (non exclusives).

Côtoyant de fait une population importante de HSH avec lesquels ils ont des affinités culturelles, les intervenants de santé communautaire sont en capacité d'ouvrir le dialogue sur la question des consommations et peuvent distinguer les personnes qui maîtrisent leurs

pratiques de celles qui sont engagées sur des terrains glissants, nécessitant un accompagnement vers des consultations plus spécifiques. Les acteurs associatifs sont également disponibles sur des plages horaires étendues (notamment en soirée) qui se révèlent plus adaptées aux besoins de personnes en activité professionnelles comparées aux horaires d'ouvertures limitées des structures de soins ou des consultations hospitalières. Les professionnels des services de maladies infectieuses disposent également d'une position privilégiée pour le repérage. Ils rencontrent des populations impliquées dans des pratiques à risques (surinfections VHC). En contact régulier avec les patients séropositifs fortement représentés parmi les *chemsexers*, ces professionnels tissent également un lien avec les personnes qui favorise l'ouverture du dialogue le cas échéant. Pour des raisons analogues, les consultations PrEP sont considérées comme des lieux à mobiliser pour le repérage.

Accompagnement et soin

Accueil, écoute, non jugement

En matière d'accompagnement, quel que soit l'intervenant au contact des personnes, les acteurs rencontrés préconisent des axes d'intervention analogues appuyés en premier lieu sur un principe d'accueil, d'écoute et de non jugement. Concrètement, il s'agit de se rendre disponible aux personnes quelles que soient les conduites à risques à l'origine de leur présence, y compris quand la demande d'aide n'est pas claire ou quand une personne se présente de façon répétée avec les mêmes comportements à risques : « *il faut essayer d'enlever le contexte de jugement, laisser la porte ouverte à chaque fois, c'est très important, ça permet d'avancer.* » (Addictologue)

La bienveillance de l'accueil et l'absence de jugement constituent des dimensions d'autant plus incontournables que la crainte du stigmatisme est majeure.

Approche motivationnelle

Une approche motivationnelle est recommandée. Elle n'est en rien spécifique au *chemsex* mais les intervenants insistent sur son intérêt majeur pour l'accompagnement de ces publics. Il s'agit de se défaire de toute posture *a priori*, en vue d'identifier les objectifs raisonnables de changement que la personne peut atteindre en fonction de ce qu'elle souhaite et de sa situation spécifique.

Les intervenants disent ainsi rencontrer parfois des personnes « *qui ne savent pas trop pourquoi elles viennent* », dont la demande est floue, ambivalente. Ils recommandent alors de mettre l'accent sur les actes et messages de RdRD. Il leur apparaît vain à ce stade d'évoquer une réduction des consommations ou la possibilité d'un sevrage même si les prises de risques présentent un caractère grave : « *dans ces moment-là, au minimum, c'est vérifier que le gars a de la PrEP, s'il lui en faut, qu'il ne partage pas ses pailles, qu'il fait des tests régulièrement. En gros, ce seront les messages qu'on va lui apporter. On ne va pas l'accabler de mauvaises nouvelles, lui dire que c'est dangereux pour son cœur, etc. On va essayer de faire de la réduction des risques.* » (Addictologue)

Pour les personnes qui expriment plus explicitement une demande d'aide ou se présentent dans des moments de crise, la réponse la plus pertinente aux yeux des intervenants reste celle qui est élaborée après avoir exploré avec la personne quelle est la dynamique de changement dans laquelle elle est en mesure de s'engager. En dépit de la force de leur résolution ou de la gravité de leur situation, des personnes se présentent parfois de façon répétée en ayant

maintenu ou renouvelé leurs pratiques à risque. Il s'agit de concevoir l'accompagnement en connexion avec un cheminement personnel, l'enjeu consistant à construire un lien pour permettre aux usagers de revenir vers les intervenants au moment où ils seront en mesure de se tenir aux objectifs qu'ils se donnent.

Accompagner la réduction des consommations ou le sevrage

Ouvrir le dialogue sur les consommations peut s'avérer difficile. Les intervenants rencontrés suggèrent de s'appuyer sur une check-list de questions précises mentionnant clairement les produits ou matériels habituellement utilisés dans le cadre de pratiques *chemsex*. Cette stratégie permet de neutraliser les craintes d'un jugement de la part de la personne et lui faire comprendre que l'intervenant maîtrise le sujet.

Poser trois bonnes questions, sur un truc très précis, pas un truc généraliste qui va embarrasser l'usager, il ne répondra jamais bien, mais en disant : tu as vu, on a des nouveaux filtres pour les cathinones, parce qu'il y a quand même plein de mecs qui nous ont dit que c'était hyper dur à filtrer et que c'est difficile à écraser. (Intervenant santé communautaire)

Pour réduire les consommations à risques, les intervenants recommandent tout d'abord de tester le niveau de connaissance des personnes sur les produits. La toxicité propre à chaque substance n'étant pas nécessairement connue. S'agissant des NPS en particulier, il arrive que les personnes ne sachent pas véritablement ce qu'elles ont consommé ou bien manifestent une confiance vis-à-vis d'une molécule dont elles connaissent le nom (3MMC, 4 MEC) mais ignorent tout des effets secondaires possibles. Par ailleurs, il est utile de contextualiser avec précision les moments de consommations afin d'identifier des points de fragilité partie prenante du désir de consommer, qui sont parfois indépendants des produits en eux-mêmes : la présence d'une connaissance en particulier, un after-work arrosé, ... peuvent déclencher une envie de se rendre à une session *chemsex*.

Envisager une vie et une sexualité sans produit

Les intervenants soulignent une crainte formulée de façon récurrente par les personnes concernant leur capacité à retrouver une sexualité épanouissante sans consommer de produits. Un enjeu majeur de l'accompagnement consiste à trouver les supports qui permettent aux personnes de retrouver confiance et le goût pour un nouveau mode de vie et une sexualité différente. Pour les personnes qui ont maintenu des relations sexuelles sans produits tout en pratiquant le *chemsex* ou bien qui ont connu une sexualité sans produit par le passé, un point d'accroche possible consiste à échanger autour de cette sexualité, qui existe ou a existé qui est donc possible et finalement pas forcément si fade que cela.

Parfois je demande : jusqu'à il y a trois ans, vous aviez une sexualité sans produit. Elle était bien, votre sexualité ? et c'est : Oui, oui, très bien. Pas de problème. / D'accord, là, vous êtes dans une période où ça ne vous paraît pas possible, mais pendant vingt ans de votre vie, vous ne vous êtes jamais posé la question et c'était bien ? / C'est vrai, peut-être que je pourrais tenter le coup. (Psychologue)

Ce travail de mise en confiance sur la sexualité souvent complexe pour les personnes qui ont connu une sexualité sans produit apparaît aux intervenants encore plus délicat pour les plus jeunes. Quelles approches et ressources trouver pour accompagner ceux qui ont débuté leur sexualité avec les drogues et n'ont pas d'autres expérience en la matière ?

Plus largement, il s'agit de pouvoir questionner la connexion quasi exclusive établie entre la saveur de la vie et de la sexualité, et les pratiques *chemsex* : « *tout l'enjeu consiste à construire autre chose qui génère du plaisir.* » (*Intervenant, santé communautaire*).

Intimement mêlé au parcours de vie et à la psychologie de chacun, le cheminement vers une vie et une sexualité différente peut passer par un accompagnement psychologique, sexologique et/ou de type comportemental, soutenu par les échanges entre pairs.

Difficultés et besoins identifiés par les intervenants

Dans le cadre de la relation d'aide

Parmi les difficultés rencontrées pour l'accueil et l'accompagnement, une partie des intervenants signalent un manque de connaissance sur les produits consommés (les NPS en particulier), leurs noms, leurs effets et les modalités d'usage. Même quand ils ont une expertise en matière d'addiction, les intervenants soulignent qu'il peut être difficile d'accompagner les personnes qui ne parlent pas de leur consommation de produits ou qui considèrent que cela n'est pas un problème. Ouvrir le dialogue, comprendre la demande ou accepter la répétition des consommations ne va pas de soi. Apprendre à travailler avec l'ambivalence des personnes sans vivre la répétition des conduites à risques comme un échec professionnel constitue également une difficulté mentionnée par certains. Par ailleurs, des intervenants se disent démunis pour apporter une aide aux personnes qui sollicitent le dispositif dans un moment d'urgence auquel il n'est pas possible de répondre dans l'immédiateté. Enfin, il peut parfois être difficile pour des intervenants pairs de trouver la bonne distance entre l'empathie nécessaire pour construire la relation d'aide et un possible débordement vers la prise de produits ou l'attraction amoureuse parfois. Complexe pour les intervenants pairs, cet enjeu d'une bonne distance à trouver ne leur est toutefois pas spécifiquement réservé, tout intervenant ou professionnel de santé ayant à gérer une tension possible entre « transfert » et « contre transfert » dans la relation d'aide.

Concernant le dispositif d'aide et les partenariats

Alors qu'une approche de santé globale semble la plus appropriée pour répondre aux besoins des personnes, la déconnexion des différentes disciplines rend difficile la mise en place d'un parcours et d'un accompagnement cohérent. Sensibiliser l'ensemble des intervenants au caractère pluridimensionnel des problématiques liées au *chemsex* est perçu comme un préalable à l'organisation d'un travail en réseau. L'approche globale de santé sexuelle déjà conduite dans les centres dédiés pourrait également être renforcée.

Dans la continuité, les intervenants insistent sur la nécessité d'une meilleure articulation de l'offre pour répondre aux besoins des personnes. La coordination entre le secteur médical, hospitalier et le secteur associatif est un enjeu majeur. Les intervenants soulignent la nécessité de renforcer les partenariats afin de faciliter les orientations. La construction d'un fonctionnement en réseau est en cours mais demeure embryonnaire et complexe. La connaissance des partenaires possible est largement insuffisante. À ce jour, même les intervenants les plus impliqués peuvent avoir une vision très limitée des relais possibles vers différentes spécialités ainsi que vers le secteur associatif notamment. Les professionnels ont recours à un carnet d'adresse réduit.

Enquête auprès de médecins généralistes parisiens

La connaissance des pratiques des acteurs de premier recours concernant le *chemsex* demeure un point aveugle. Une étude conduite auprès de médecins généralistes parisiens fournit des données exploratoires sur la prise en charge de la santé sexuelle des HSH (Zeggagh *et al.*, 2018). Les données ont été recueillies auprès de 113 praticiens à partir d'une enquête par questionnaire en ligne. Les répondants correspondent à 2 % des médecins généralistes exerçant dans la capitale. Il s'agissait principalement de femmes (68 %), hétérosexuel.es (88 %), avec un âge moyen de 32 ans. Alors qu'une grande majorité de ces praticiens (90 %) disent proposer, au moins une fois par an, un dépistage du VIH et des IST à leurs patients identifiés comme HSH, deux tiers d'entre eux (64%) déclarent n'avoir jamais entendu parler du *chemsex*. Par ailleurs, s'ils sont près de 9 sur 10 à avoir déjà entendu parler de la PrEP (86 %), seuls un quart de ces praticiens en connaissent réellement les indications et moins de la moitié (40 %) se disent informés des modalités d'administration recommandées. Les connaissances du *chemsex* et de la PrEP dans cette étude se révèlent très insuffisantes et les répondants expriment un désir de formations complémentaires sur le sujet.

Les outils expérimentés dans le cadre d'études évaluatives en France

Un certain nombre d'outils d'informations ainsi que de nombreuses actions d'informations ou d'accompagnement à destination des *chemsexers* et d'une diversité d'acteurs existent (voir Annexe 1). En France, deux outils ont fait l'objet d'une étude évaluative visant à en examiner leur intérêt en vue de réduire les risques liés au *chemsex* : la PrEP et l'analyse de produits. Les résultats prometteurs de ces études doivent être renforcés par d'autres évaluations.

La PrEP

Une étude par questionnaire a été réalisée auprès de 331 personnes incluses dans l'essai clinique ANRS-IPERGAY (Intervention Préventive de l'Exposition aux Risques avec et pour les Gays) pour lesquelles des données sur les consommations de produits étaient disponibles. Elle a visé à comparer les pratiques sexuelles à risques et l'usage de la PrEP des répondants impliqués dans le *chemsex* par rapport à ceux ne déclarant pas de pratique *chemsex*. Parmi les 331 participants, 29% ont déclaré avoir pratiqué le « *chemsex* » et 8% le « *slam* » au moins une fois au cours du suivi. Les *chemsexers* et les non *chemsexers* présentaient des profils sociodémographiques similaires. Seul l'usage d'anxiolytiques et un goût pour les sensations fortes se révélant plus marqué parmi les *chemsexers*.

Les analyses montrent que les *chemsexers* déclaraient significativement plus de pratiques sexuelles à risques élevé, tout en ayant une perception de ces risques plus élevée que les non-*chemsexers*. Après avoir ajusté sur les co-facteurs, la pratique du *chemsex* restait associée à l'utilisation de la PrEP (OR [95%CI]=3.99[1.78;8.94]).

Au regard de ces résultats, les auteurs concluent que la PrEP pourrait constituer un outil adapté pour réduire les risques de transmission du VIH parmi les *chemsexers* (Roux *et al.*, 2018). Les données relatives à l'accès à la PrEP ainsi qu'à son utilisation en particulier en contextes sexuels demeurent toutefois très limitées. Mieux connaître les modalités de recours à la PrEP ainsi que l'utilisation de cette technique innovante de prévention biomédicalisée dans le cadre du *chemsex* s'avère nécessaire (Maxwell *et al.*, 2019).

L'analyse de produits comme outil de RdR

Une enquête conduite entre janvier 2016 et décembre 2017 a visé à valider un programme de RdRD dédié aux *chemsexers*, basé sur l'analyse des substances psychoactives en montrant l'apport de l'analyse pour l'utilisateur (Batisse *et al.*, 2018a ; Marillier *et al.*, 2017)

Les données ont été recueillies en trois étapes : 1/ collecte d'échantillons de substances psychoactives auprès d'utilisateurs volontaires accompagné d'un questionnaire 2/ analyse qualitative et quantitative des échantillons, et 3/ présentation des résultats d'analyse aux usagers lors de Focus Group (FG) avec mesure de l'impact du rendu des résultats sur leurs représentations de la RdRD, de l'analyse de produits et leurs pratiques *chemsex*

Sur la période de l'enquête, trente-huit questionnaires et soixante-six échantillons de substances psychoactives ont été collectés. Trois FG ont été organisés réunissant au total trente-huit participants.

L'analyse des échantillons collectés a révélé la présence majoritaire de NPS, principalement des psychostimulants (type cathinones et amphétaminiques). Les échanges avec les usagers dans le cadre des FG ont montré une amélioration des connaissances des usages en matière de RdRD et concernant l'analyse des produits.

Au regard de l'ensemble des résultats de l'enquête, les auteurs concluent à une validation l'analyse de produits comme outil de RdRD pour les *chemsexers*.

Enseignements et recommandations

Le champ des réponses en matière de prévention et d'accompagnement des pratiques *chemsex* à haut risque est en cours de construction. Les initiatives sont nombreuses et se développent en France comme à l'international. Si les référentiels de bonnes pratiques sont en voie de développement, les expériences accumulées permettent néanmoins de poser des bases pour l'information, le repérage, l'accueil et l'accompagnement des personnes en difficultés. De façon générale, au caractère multidimensionnel de l'expérience du *chemsex* doit pouvoir répondre une approche de santé globale. De ce point de vue, les acteurs pointent la nécessité générale de combler les lacunes réciproques de services de santé sexuelles et d'addictologie s'agissant des usages de produits pour les premiers et des approches en santé sexuelles pour les seconds. De plus, l'articulation de ces professionnels avec les acteurs de santé communautaire se révèle indispensable s'agissant de pratiques sexuelles marquées par des référents culturels spécifiques.

Des signaux d'alerte permettant de repérer des situations hautement risquées ont été identifiés. Ils gagneraient à être diffusés parmi les intervenants rencontrant des *chemsexers* notamment dans les centres de santé sexuelles, les CAARUD et CSAPA, les consultations PrEP, les services de maladies infectieuses, mais également auprès des acteurs de premier recours qui ignorent l'existence du *chemsex* (urgentistes ou médecins généralistes ...) Les pratiques de repérage ne sont pas strictement codifiées, mais des outils existent (voir annexe 2) et les intervenants suggèrent d'aborder systématiquement les questions de consommations de produits en contextes sexuels, par exemple sous forme de check list, en particulier dans le cadre des consultations de santé sexuelle, des consultations PrEP et du suivi des maladies infectieuses.

S'agissant du contact et de l'accompagnement des personnes qui se tournent vers les dispositifs, on note une grande cohérence entre les recommandations des professionnels

mobilisés autour du *chemsex* et les attentes des répondants. Les professionnels insistent eux-aussi ainsi sur la nécessité d'un accueil exempt de tout jugement sur les pratiques des personnes, bienveillant, à l'écoute des dispositions individuelles au changement. Sur ces bases, une approche motivationnelle emportant l'adhésion de personnes est prometteuse.

Recommandations générales

Axes d'interventions stratégiques

- Renforcer la politique de lutte contre l'homophobie
(*Communications, soutien des actions et dispositifs existants –dont éducation sexuelle et au consentement dans les établissements scolaires, création de dispositifs dans les territoires qui en sont dépourvus ...*)
- Promouvoir l'information sur le *chemsex*
(*Dont l'information en ligne sur les réseaux sociaux et les applications de rencontres*)
- Concevoir ou améliorer le parcours de santé des personnes à partir de leur premier contact avec les dispositifs de santé communautaire, de prévention ou d'accompagnement
- Développer la formation des acteurs au contact des *chemsexers* et la sensibilisation des professionnels de premier recours
- Renforcer l'activité des centres de santé sexuelle existants en matière de *chemsex*
- Favoriser l'ouverture de lieu ressources donnant accès à l'ensemble des services adaptés aux *chemsexers* (RdRD, auto-soutien, addictologie, psychologie, sexologie, psychiatrie, ...)
- Suivre et soutenir le rapprochement entre les services santé sexuelle – d'addictologie et de santé communautaire prévu dans la stratégie de santé sexuelle 2017-2030
- Développer l'auto-soutien et l'éducation par les pairs
- Développer la recherche en vue d'améliorer la connaissance des pratiques à haut risques, suivre leurs évolutions et développer des réponses adaptées
(*Sciences humaines et sociales (SHS), épidémiologie, recherche interventionnelle*)

Recommandations opérationnelles...

... s'agissant des outils et interventions probantes

- Réaliser un état des lieux exhaustif des outils de prévention existants et diffusés auprès des *chemsexers*, en France et à l'international. Examiner leur pertinence et l'opportunité de les diffuser plus largement. Traduire les outils étrangers utiles le cas échéant
- Concevoir et diffuser des outils de RdRD adaptés aux produits et modes d'usages utilisés dans le cadre du *chemsex* (kits GHB/GBL, kits slam ...)
- Associer les éditeurs d'applications de rencontre à la diffusion des outils de prévention
- Développer l'analyse de produits à destination des *chemsexers*
- Développer des outils d'informations relatifs au consentement à destination des *chemsexers* et des intervenants
- Commanditer l'évaluation des interventions existantes à destination des *chemsexers*

- Prendre appui sur les interventions conduites à l'échelon européen et favoriser la diffusion des enseignements accumulés

... s'agissant des dispositifs d'aide

- Favoriser le partage d'expérience entre acteurs
- Constituer un agenda des professionnels / acteurs communautaires accueillant des *chemsexers* en vue de favoriser le rapprochement des intervenants et les relais nécessaires le cas échéant
- Diffuser l'information sur les services relais existants à destination des intervenants et des *chemsexers*
- Renforcer les actions d'aller-vers dans les espaces de pratiques *chemsex* publics (bars, sexclub, saunas...) ou privés ainsi que sur Internet, en particulier à destination des publics jeunes
- Développer l'autosupport en ligne
- Favoriser la confiance dans le dispositif de soin
(*Prévoir dans les formulaires et protocoles de recueil d'information des catégories supplémentaires qui ne se réduisent pas à l'hétérosexualité, créer un environnement gay-friendly par exemple en disposant de revues gay-friendly dans les salles d'attente, ...*)

... s'agissant de la formation des acteurs

- Élaborer des formations en addictologie, sexologie et santé communautaire à destination des intervenants susceptibles de rencontrer des *chemsexers* en vue de favoriser l'abord et le dialogue autour des pratiques et problèmes rencontrés
- Diversifier l'expertise des formateurs mobilisés en sollicitant notamment des médiateurs de santé pair
- Sensibiliser au repérage des pratiques *chemsex* des intervenants de premier recours ignorant l'existence de ces pratiques (dont urgentistes, réanimateurs, ...)
- Fournir des repères et outils permettant d'identifier des pratiques *chemsex* (signaux d'alerte, check-list de questions clés...)
- Diffuser l'information sur la PrEP
- Sensibiliser les acteurs aux approches de santé globale

... s'agissant des interventions conduites auprès des chemsexers

- Développer une compréhension du *chemsex* reliant les problèmes exposés par les personnes aux apports de leurs pratiques (plaisirs, rupture d'isolement, éloignement du stigmatisme de l'homosexualité et expression de soi)
- Veiller au non jugement dans l'accueil des personnes
- Développer une approche motivationnelle pour l'accompagnement

- Proposer des réponses graduées, emportant l'adhésion de la personne (contrôle, réduction ou abandon des pratiques)
- Identifier et renforcer les ressources et stratégies personnelles que les personnes mettent au service du contrôle de leurs pratiques *chemsex*
- Renforcer les régulations collectives déployées dans le cadre des sessions *chemsex*
- Inscrire l'intervention dans une approche de santé globale

... à destination des *chemsexers*

- Diffuser de l'information sur les stratégies de RdRD en matière d'usage de drogues et de santé sexuelle (PrEP, dépistages régulier des pathologies infectieuses et bactériennes associées au *chemsex*)
- Développer une culture de l'autosupport, centrée sur la vigilance et la bienveillance du collectif à l'occasion des sessions *chemsex*
- Diffuser des témoignages de stratégies positives de contrôle ou d'abandon des pratiques

Annexes

Annexe 1. Panel d'outils d'information, d'autosupport et de réduction des risques disponibles en France (février 2019)

Les outils dédiés au *chemsex* recensés ci-après constituent un panel non exhaustif. Ce premier aperçu donne une idée de la diversité des initiatives conduites mais il ne couvre pas l'ensemble des outils existants.

À destination des *chemsexers*

| | |
|------------------|---|
| Brochures | <p>Chekpoint - AIDES</p> <ul style="list-style-type: none">• Les indispensables pour un plan <i>chemsex</i> en toute sécurité (2018)*• Plan chems – injection (2016)• Plan chems – polyconsommation (2016)• <i>Chemsex: don't panic! Let's talk about it, get informed & protect yourself</i> <p>AIDES</p> <ul style="list-style-type: none">• "Comment organiser un plan safe ?"• "Prévention sexuelle au VIH, Hépatites et IST"• "Réduire les risques, consommer à moindre risque"• "GHB/GBL, ce qu'il faut savoir" <p>Brochures ENIPSE</p> <ul style="list-style-type: none">• Plan chems ? Es-tu au clair avec les risques... (2016) <p>Sexo Safe</p> <ul style="list-style-type: none">• Infographie lieux d'aides <i>chemsexers</i> parisiens• Groupe Facebook <p>Sida info services</p> <ul style="list-style-type: none">• Dossier <i>chemsex</i> en ligne |
|------------------|---|

| | |
|---------------------------------------|--|
| Outils | <p>AIDES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carte répertoriant les lieux d'aide sur le territoire https://www.google.com/maps/d/viewer?fbclid=IwAR26sdKsKhziKjpcmEBIwRvnVUBi83t8KI9WYZO5FG_utZVu_3nfoblNFrg&mid=1X6R4_WU3uyknwokgyy-XkiM-1PEAEg1L9&ll=47.00777547063582%2C1.9867457499999546&z=6 • Numéro d'appel d'urgence : 01 77 93 97 77 (http://www.aides.org/chemsex-aides-numero-urgence) • Offre anonyme via l'application WhatsApp : 07 62 93 22 29 • Page Facebook dédiée au <i>Chemsex</i> : Info <i>Chemsex</i> (by AIDES) <p>Le kiosque info Sida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kit GHB/GBL • Kit prévention (boite seXo Safe) <p>ENIPSE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bande Dessinée « Au-delà du désir » • https://www.enipse.fr/2018/11/au-dela-du-desir/ <p>COREVIH Lyon Vallée du Rhône</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campagne de sensibilisation appuyée sur un film en 4 vidéos + un site dédié https://chemsex.fr |
| À destination des intervenants | |
| Brochures - outils | <p>Respadd 2016</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Chemsex</i> livret d'information pour les professionnels <p>Fournier 2016</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gay outreach 2.0 <p>Enipse 2016</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Chemsex</i>. Drogues et plans sex |

Annexe 2. Panel d'outils développés à l'échelon international (février 2019)

Outils développés à destination des *chemsexers*

| | |
|-----------|--|
| UK | <p>56 Dean Street Clinics</p> <ul style="list-style-type: none">• Série vidéos en ligne <p>Tips on playing safe, Making changes, Managing cravings, better sober sex...</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Chemsex</i> care plan : Outil interactif en ligne• Outil « Drug interaction »• Outil online « HIV – drug interaction » <p>https://www.hiv-druginteractions.org/checker</p> <p>David Stuart, Ignacio Labayen De Inza</p> <ul style="list-style-type: none">• Booklet « <i>Chemsex</i> First Aid » (Information sur les gestes de RdRD et premier secours en cas d'accidents à l'occasion d'une session <i>chemsex</i>) <p>https://idpc.net/publications/2019/01/chemsex-first-aid</p> <p>The Burrell Street Sexual Health Clinic</p> <ul style="list-style-type: none">• Kits slam "Slamming Kits" (slam packs) conçus par à partir de 2013 <p>https://www.burrellstreet.co.uk/chemsex/</p> <p>Association Gay men's health charity</p> <ul style="list-style-type: none">• Dossier « Safer chems » sur le site en différents chapitres :<ol style="list-style-type: none">1/ slamming2/ HVC3/ HIV STI4/ Am I Addicted?5/ Support6/ Help7/ setting limits8/ Blackouts9/ Sex toys10/ Get to know: the chems11/ The G Guide (conseils concernant la consommation de GHB) <p>https://www.gmfa.org.uk/Pages/Category/safer-chems</p> <p>https://www.gmfa.org.uk/saferchems-g-guide</p> |
|-----------|--|

| | |
|------------------|--|
| | <p>COAST (Liverpool) https://www.addaction.org.uk/services/coast</p> <p>Brochures RdRD SASH (a sexual health and wellbeing service that helps people living in three local boroughs of London.) "Support and advice on sexual health".</p> |
| Pays-bas | <p>Mainline Site web dédié infos sur l'usage de méthamphétamine spécifiquement conçu pour les HSH <i>chemsexers</i> avec crystal (conçu par Mainline) https://sexntina.nl/en/</p> |
| Australie | <p>Turning Tina Rapport - Conseils sur usage Crystal</p> |
| Allemagne | <p>Quitting crystal meth (en allemand) Site web dédié informations méthamphétamine (crystal) : http://quittingcrystalmeth.breaking-meth.de/ Breaking meth (en allemand) Site web pour échanges en ligne sur crystal https://breaking-meth.de/</p> |
| Espagne | <p>Campagne de RDR à destination des <i>chemsexers</i> lancée par Stop Sida (a Spanish LGTB+ NGO) orientée autour de la capacité d'autonomie et de gestion des risques des personnes. La campagne s'est appuyée sur la diffusion de vidéos sur le GHB (Chungo), la méthamphétamine crystal et slam (en espagnol)</p> <p>Chungo: https://www.youtube.com/watch?v=U6lWNMBO1vw&feature=youtu.be Tina: https://www.youtube.com/watch?v=6TyUFOboWcc&feature=youtu.be Slam: https://www.youtube.com/watch?v=n9f92enFA4Y</p> <p>Page dédiée au <i>chemsex</i> de l'association espagnole Stop Sida: http://chemsex.info/</p> |

Panel d'outils développés à destination des intervenants

| | |
|-----------|---|
| UK | <ul style="list-style-type: none"> • Outil de repérage <i>chemsex</i> • Questions clés pour repérer les usages à risque • Vidéo illustrant un entretien motivationnel • Outils supports d'accompagnement au changement : <p>1/Autoprogrammation d'un <i>care plan</i></p> |
|-----------|---|

Care plan : a break from sex
Care plan : trying monogamy
Care plan : committing to condoms
2/Outils autoévaluation
pratique *chemsex* (boundary tools)
sexualité avec ou sans préservatif
3/Outil « drug interaction »
4/Guide praticiens *chemsex*-HVC

Annexe 3. Table des interventions évaluées

Le tableau propose un aperçu des études évaluatives récentes et/ou retenues dans trois revues systématiques de la littérature, relatives à l'impact d'une série d'interventions à destination de *chemsexers* visant la réduction des consommations de substances illicites et des pratiques sexuelles à risques. Pour un exposé plus complet des interventions, indicateurs retenus de réduction des pratiques à risque et résultats, on pourra se reporter aux revues de littératures spécifiées en sources du tableau ou aux études sources elles-mêmes.

| Type d'étude, Pays | Échantillon | Type d'intervention | Résultats (éléments) | Référence |
|--|--|---|---|---------------------------------|
| ERC (Étude randomisée contrôlée) USA | 162 HSH dépendants Suivi à 16 et 52 semaines Drogue Méthamphétamine | 4 types interventions comparées : TCC standard (40 MSM), CM (42 MSM) Combinaison TCC + CM (40 MSM), TCC "gay culturally tailored" (40 MSM) | Les traitements de la dépendance entraînent une réduction significative des consommations La TCC « gay culturally tailored » Entraîne une réduction significative des pénétrations anales non protégées (PANP) durant les 4 premières semaines mais on n'observe pas de différence entre les groupes à 52 semaines. | (Shoptaw <i>et al.</i> , 2005) |
| Étude avant-après USA | 178 HSH dépendants Méthamphétamine Suivis à 12 semaines | CM (programme pilote) | Une réduction significative du nombre de partenaires sexuels est observée dans le groupe observation. | (Strona <i>et al.</i> , 2006) |
| ERC USA | 341 HSH HIV+ Suivi à 12 mois Drogue : Méthamphétamine | Intervention de type comportemental | Résultats concluants de l'intervention dite EDGE pour la réduction des pratiques sexuelles à risque. | (Mausbach <i>et al.</i> , 2007) |
| ERC USA | 128 HSH Suivi à 17, 26 et 52 semaines Drogue Méthamphétamine | Gay-specific TCC (64 MSM) groupe contrôle (64 MSM) | Les 2 types d'interventions entraînent une réduction des consommations et pratiques à risque. Dans la lignée d'autres études, celle-ci montre que la « Gay specific TCC » entraîne des résultats significatifs sur la réduction des consommations et risques sexuels. | (Shoptaw <i>et al.</i> , 2008) |

| | | | | |
|--------------------------|--|---|--|----------------------------------|
| ERC USA | 127 HSH 70 (groupe) intervention, 57 (groupe contrôle) Suivi à 24 semaines Drogue : Méthamphétamine | CM | Résultats non concluants. Il est probable que l'intervention évaluée n'ait pas d'effet à long terme sur l'usage de produit et les pratiques à risque sexuelles. | (Menza <i>et al.</i> , 2010) |
| ERC USA | 1686 HSH (599 dans le groupe intervention) Suivis à 12 mois | TCC comparé à consultation VIH et dépistage standard | Réduction des pratiques à risques plus importante dans le groupe intervention à 6 mois mais égale au groupe contrôle à 12 mois. | (Mansergh <i>et al.</i> , 2010) |
| ERC USA | 30 HSH Suivi à un an Drogue : Méthamphétamine | Pharmacothérapie (Bupropion), counseling, tests urinaires, autoquestionnaire évaluation des risques | Des réductions similaires sont observées dans le groupe intervention et le groupe témoin s'agissant des consommations et pratiques sexuelles risquées. | (Das <i>et al.</i> , 2010) |
| ERC USA | 60 HSH Suivi à un an Drogue : Méthamphétamine | Pharmacothérapie (Mirtazapine, 30mg/placebo) + counseling et tests urinaires | Réduction des pratiques sexuelles à risque (multipartenariat, PANP). La prise de Mirtazapine associée au counseling favorise la réduction des consommations. | (Colfax <i>et al.</i> , 2011) |
| Étude avant-après USA | 39 HSH Suivi à 8 semaines Drogue : Méthamphétamine | Entretien motivationnel (un entretien de 55min) avec élaboration d'un programme de changement | Résultats prometteurs. On note une réduction des consommations et des pratiques sexuelles à risques (multipartenariat). | (Zule <i>et al.</i> , 2012) |
| ERC USA | 52 HSH Suivi à 8 semaines Drogue : Méthamphétamine | Intervention par SMS (text-messaging) | Résultats prometteurs. On observe des réductions significatives dans la fréquence des consommations et les pratiques sexuelles à risques | (Reback <i>et al.</i> , 2012) |
| Étude avant-après USA | 53 HSH Suivi à 13 semaines | TPE + CM | Acceptabilité et faisabilité du recours au TPE combiné à une intervention de type CM comme stratégie de prévention du risque VIH et des usages de méthamphétamine. | (Landovitz <i>et al.</i> , 2012) |

| | | | | |
|----------------------------------|--|---|--|--------------------------------|
| | Drogue : Méthamphétamine | | On observe une réduction significative des indicateurs de consommation et de pratiques sexuelles à risque. Mais l'incidence à 3 mois d'IST se révèle élevée comparée à la réduction des pratiques sexuelles à risques observée. | |
| ERC USA | 326 HSH Suivi à 26 semaines Drogue : Méthamphétamine, cocaïne/crack, poppers, alcool | Intervention brève + dépistage VIH / dépistage seul | On n'observe pas de réduction des usages de méthamphétamine. L'intervention brève est associée à une réduction significative des PANP pratiquées sous effets de la méthamphétamine. | (Santos <i>et al.</i> , 2014) |
| CT (control trial) USA | HSH Drogue : Méthamphétamine | (<i>gay-specific</i> TCC) + CM, comparé à TCC seule | La TCC seule conduit à des changements de court terme plus importants s'agissant de l'usage de Méthamphétamine mais les changements dans les pratiques à risques sexuels sont plus importants avec TCC+Contingency management | (Reback et Shoptaw, 2014) |
| ERC USA | 143 jeunes HSH (18-29 ans) HIV négatif, usagers récréatifs, ne cherchant pas de traitement Drogue : Méthamphétamine / stimulants Suivi tous les 3 mois pendant 1 an | Intervention brève | Des réductions d'usage de méthamphétamine et de PANP sont observées dans les 2 groupes mais elles sont plus marquées dans le groupe intervention. | (Parsons <i>et al.</i> , 2014) |
| ERC USA | 221 HSH En traitement (Étude 1 : 123 HSH suivis à 12 mois / étude 2 : 88 HSH suivis à 6 mois) Drogue : cocaïne/crack (étude 1) Méthamphétamine (étude 2), cannabis | TCC | Des réductions d'usage de cocaïne crack sont observées parmi les usagers inclus dans l'étude 1. Les participants de l'étude 2 rapportent une diminution des usages de méthamphétamine et de leurs pratiques sexuelles à risque. Les deux groupes de participants rapportent une augmentation de leurs consommations de cannabis. | (Carrico <i>et al.</i> , 2014) |

| | | | | |
|---------------------------------|--|---|---|--------------------------------|
| Étude avant-après USA | 70 HSH Suivi à 1 an Drogues : stimulants | Sessions collectives (C-TALK) animées par un pair usager actuel ou ex-usager de substances | Des réductions significatives sont observées s'agissant de l'usage de méthamphétamine et des PANP. | (Lyons <i>et al.</i> , 2014) |
| ERC USA | 21 HSH Suivi à 26 semaines Drogue : Méthamphétamine | Intervention brève + CM / CM seule | Résultats non concluants. Pas de réduction des consommations, ni des pratiques sexuelles à risques. | (Carrico <i>et al.</i> , 2015) |
| ERC USA | 30 Drogue : Méthamphétamine, alcool (Binge drinking) | Pharmacothérapie (Naltrexone vs placebo) pendant 8 semaines + counseling toutes les 2 semaines | On observe une réduction des pratiques sexuelles à risques plus importante dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle. | (Santos <i>et al.</i> , 2016) |
| Etude multi-sites USA | 273 Jeunes HSH (15-29 ans) (175-Philadelphie, 98-Baltimore) Suivi à 36 mois Drogues : cannabis, cocaïne, amphétamines, alcool... | Intervention communautaire [culturally-relevant role model stories and peer outreach] parmi des jeunes HSH usagers récréatifs de drogues. | Une réduction plus importante des prises de risques sexuels est observée dans le groupe intervention (Philadelphie). La réduction apparaît plus marquée encore parmi les HSH consommant du cannabis et ayant des usages d'alcool de type Binge drinking par rapport à ceux consommants d'autres drogues | (Lauby <i>et al.</i> , 2017) |
| ERC USA | 585 HSH Suivi à 12 semaines Drogue : méthamphétamine, alcool, cannabis | Entretien individuel avec gratification tous les 3 mois | On observe une réduction significative des pratiques sexuelles à risques, la réduction des consommations de méthamphétamine se révèle marginale. | (Reback et Fletcher, 2017) |
| ERC USA | 100 HSH dépendants méthamphétamine | Injection mensuelle de naltrexone (intramusculaire) vs placebo | Résultats non concluants : une réduction des consommations et des pratiques sexuelles à risque similaire est observée dans le groupe intervention et le groupe contrôle. | (Coffin <i>et al.</i> , 2018) |

| | | | | |
|--|-----------------------------|--|--|--|
| | Suivi à 12 semaines | | | |
| | Droque : méthamphétamine | | | |

Sources : (Knight *et al.*, 2019 ; Melendez-Torres et Bonell, 2014 ; UNODC, 2017a)

Annexe 4. Prévalences des pratiques chemsex dans les enquêtes françaises

| Etudes | Population étudiée | N | Localisation | Définition | Période de référence | Proportion Chemsex |
|---|--|--------|--|--|------------------------|--------------------|
| PREVAGAY2015 | HSH dans les 12 derniers mois fréquentant les lieux de convivialités gays | 2 646 | 5 villes : Paris, Lille, Lyon, Nice, Montpellier | Consommation de GHB/GBL ou méphedrone ou crystal avant ou pendant les relations sexuelles | 12 derniers mois | 13% |
| Enquête Rapport au sexe 2017 (février – mars) | HSH majeurs fréquentant les réseaux sociaux (FB), les sites de rencontres gay internet et applications géolocalisées | 18 069 | Métropole, DOM TOM | Consommation d'au moins un produit psychoactif (cocaïne, GHB/GBL, Amphétamines, MDPV, 3-MMC ...) | Dernier rapport sexuel | 5% |
| Enquête EMIS 2017-2018 (oct – janv) | HSH majeurs fréquentant les sites de rencontres gay internet et applications géolocalisées | 9 782 | Métropole, DOM TOM | Utilisation de substances stimulantes pour rendre vos rapports sexuels plus intenses ou plus longs (ecstasy/MDMA, cocaïne, amphet, crystal, méphédrone et kétamine) | 12 derniers mois | 14% |
| | | | | Utilisation d'ecstasy/MDMA, cocaïne, amphet, crystal, méphédrone et kétamine juste avant ou pendant le dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel | Dernier rapport sexuel | 7% |
| Enquête Net Gay Baromètre 2017-2018 | HSH et personnes trans majeurs fréquentant les réseaux sociaux (FB, twitter) et les sites de rencontres gay internet | 10199 | Métropole, DOM TOM | HSH ayant consommé - dans des soirées privées où le sexe se pratiquait, dans des établissements privés où le sexe se pratiquait ou dans le cadre de <i>chemparties</i> où le SLAM se pratiquait (parfois, souvent ou très souvent) ; - au moins 2 produits illicites (hors cannabis, viagra, poppers ou stéroïdes), (au moins une fois par mois ou une fois par semaine ou tous les jours) | 12 derniers mois | 3% |

Prévalence du chemsex dans les enquêtes françaises auprès des HSH

L'enquête PREVAGAY a été réalisée en 2015 dans cinq villes de la métropole (Paris, Lille, Lyon, Montpellier et Nice) auprès d'HSH actifs sexuellement fréquentant les lieux de convivialité gay (bars, backrooms ou saunas). Dans cet échantillon d'HSH âgés de 41 ans en médiane, urbains et éduqués, où la proportion de HSH séropositifs pour le VIH s'élève à 14% [12,0 – 17,0], la pratique du *chemsex* est définie par la consommation de GHB/GBL, méphedrone et crystal avant ou pendant les relations sexuelles dans les 12 derniers mois. Elle s'élève à 13% [10,7 – 14,6]. Cette pratique est plus souvent rapportée par des HSH séropositifs pour le VIH (28% [22,0 - 35,7]) que par les séronégatifs (10% [8,2 – 11,4]). De même, les HSH indiquant prendre de la PrEP, très peu nombreux (2,3% [1,6 – 3,5]) puisqu'à l'époque la PrEP était uniquement disponible dans l'essai IPERGAY, rapportaient pour 31% [18,3 – 47,6] pratiquer le *chemsex*. Les HSH s'adonnant à cette pratique se caractérisent par une sexualité intense avec un très grand nombre de partenaires sexuels dans les 12 mois, une fréquentation régulière de plusieurs lieux de rencontres sexuels, des pratiques sexuelles spécifiques comme le fist ou le BDSM, la non-protection des pénétrations anales par le préservatif avec leurs partenaires. Le slam était rapporté par 9,3% [5,7 – 14,8] des *chemsexers*. De même, ces HSH indiquent avoir plus d'antécédents d'infections sexuellement transmissibles au cours des 12 derniers mois (36,8% [30,5 – 43,5]). Dans cette population de *chemsexers*, 3,8% [2,1 – 7,0] ont été diagnostiqués avec une hépatite C chronique contre 0,6 % [0,3 – 1,5] pour les autres HSH ne pratiquant pas le *chemsex*.

Au début de l'année 2017, l'Enquête rapport au sexe (ERAS) a été réalisée sur différents supports digitaux via les sites internet de rencontres, les applications géolocalisées de rencontres et les réseaux sociaux. Dans cette enquête nationale, où les participants étaient jeunes (30 ans en médiane), urbains et éduqués, avec une proportion de séropositifs pour le VIH de 7%, et 3% de PrEPeurs, le *chemsex* est défini par la consommation d'au moins un produit psychoactif (cocaïne, GHB/GBL, Amphétamines, MDPV, 3-MMC...) au cours du dernier rapport sexuel, quel que soit le type de partenaire. La pratique du *chemsex* au cours du dernier rapport sexuel s'élève à 5%. Elle varie significativement selon le type de partenaire : 3% lorsque le rapport sexuel s'est déroulé avec le partenaire stable contre 7% lorsqu'il s'agit d'un partenaire occasionnel. Les HSH séronégatifs sous PrEP et ceux séropositifs pour le VIH pratiquent plus que les séronégatifs le *chemsex*, respectivement 21%, 16% et 3%. Comme dans PREVAGAY en 2015, les *chemsexers* se caractérisent par un multipartenariat important, des pratiques sexuelles *hard*, un non-usage du préservatif lors de la dernière pénétration anale au bénéfice de l'usage de la PrEP.

L'enquête européenne EMIS (European MSM Internet Survey) s'est déroulée entre octobre 2017 et janvier 2018 dans 50 pays dont la France auprès des HSH fréquentant les sites internet de rencontres, les applications géolocalisées de rencontres et les réseaux sociaux. Les répondants de cette enquête résidants en France ont un âge médian de 38 ans, ils sont comme dans les deux autres enquêtes plutôt éduqués et urbains, les séropositifs pour le VIH représentent 12% des répondants et les PrEPeurs 7%. Dans cette enquête, deux indicateurs investiguent la pratique du *chemsex*. Le premier est défini comme l'utilisation de substances stimulantes pour rendre vos rapports sexuels plus intenses ou plus longs (ecstasy/MDMA, cocaïne, amphet, crystal, méphedrone et kétamine) dans les 12 derniers mois, et le second comme l'utilisation d'ecstasy/MDMA, cocaïne, amphétamine, crystal, méphedrone et kétamine juste avant ou pendant le dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel. La pratique du *chemsex* s'élève à 14% dans les 12 derniers mois et à 7% lors du dernier rapport

sexuel avec un partenaire occasionnel. Comme dans les deux autres enquêtes, les PrEPeurs et les séropositifs pour le VIH pratiquent plus le *chemsex* que les séronégatifs. De même, le grand multipartenariat, les pratiques sexuelles *hard* ou encore les sessions sexuelles à plusieurs partenaires sont associés à la pratique du *chemsex*.

L'édition 2013 du Net Gay Baromètre a porté sur un échantillon de 17 554 HSH recrutés sur des réseaux sociaux (FB, twitter) et des sites de rencontre gay internet. Parmi eux, près de sept répondants sur dix (n=11 842) déclarent avoir consommé au moins une fois une substance psychoactive (alcool ou drogue illicite) au cours des 12 derniers mois. Le nombre d'utilisateurs est toutefois très différent selon le contexte de consommation, les substances considérées et la fréquence d'usage. Si l'alcool et le cannabis sont les substances les plus populaires, consommées au moins une fois par 60 % des répondants, 10 % d'entre eux rapportent avoir consommé au moins une fois des substances associées au *chemsex* (cocaïne, MDMA/ecstasy, GHB, kétamine, cathinones). S'agissant plus spécifiquement du *slam*, moins de 1 % des HSH interrogés dans l'enquête déclarent l'avoir pratiqué au moins une fois (Léobon *et al.*, 2016a ; Léobon *et al.*, 2016b). Les usages de produits en contextes sexuels augmentent de façon régulière à mesure que progresse le nombre de partenaires sexuels. Le *chemsex* se révèle également plus marqué parmi les HSH en quête de sensations fortes, amateurs de pratiques sexuelles marginales, dites *hard* ou encore parmi ceux qui pratiquent une sexualité à risque. Les HSH engagés dans des rapports sexuels non protégés (*bareback*), parfois en méconnaissance du statut sérologique de leur(s) partenaire(s) ou quel que soit ce statut, sont ainsi plus susceptibles de consommer régulièrement des drogues « sexuelles » et de s'injecter (Léobon *et al.*, 2016b).

Bibliographie

- Ahmed A.-K., Weatherburn P., Reid D., Hickson F., Torres-Rueda S., Steinberg P., Bourne A. (2016) Social norms related to combining drugs and sex ("chemsex") among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 38, p. 29-35.
- Amaro R. (2016) Taking chances for love? Reflections on love, risk, and harm reduction in a gay slamming subculture. *Contemporary Drug Problems*, Vol. 43, n° 3, p. 216-227.
- Bailly F., De Marne A., Diény L. (2018) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Metz en 2017, CMSEA ; OFDT, 60 p.
- Batisse A., Grégoire M., Marillier M., Fortias M., Djezzar S. (2016a) Usage de cathinones à Paris. *L'Encéphale*, Vol. 42, n° 4, p. 354-360.
- Batisse A., Peyrière H., Eiden C., Courné M.-A., Djezzar S. (2016b) 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. *Thérapie*, Vol. 71, n° 5, p. 447-455.
- Batisse A., Chevallier C., Richeval C., Labrouve V., Martinez M., Allorge D., Gregoire M., Batel P., Marillier M., Néfau T., Gaulier J.M., Djezzar S. (2018a) ChemSex, NPS et réduction des risques : intérêt de l'analyse de produits. *Toxicologie Analytique et Clinique*, Vol. 30, n° 2 Suppl. (Résumés du 26^e congrès annuel de la Société Française de Toxicologie Analytique Marseille, 5-8 juin 2018), p. S73.
- Batisse A., Peyrière H., Cazanave C., Donnadieu-Rigole H. (2018b) « ChemSex », consommation en contexte sexuel : quelles substances ? Quelle prévention ? Données du réseau français d'addictovigilance. *Thérapie*, Vol. 73, n° 6, p. 559.
- 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. London, Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 72 p.
- Carrico A.W., Flentje A., Gruber V.A., Woods W.J., Discepola M.V., Dilworth S.E., Neilands T.B., Jain J., Siever M.D. (2014) Community-based harm reduction substance abuse treatment with methamphetamine-using men who have sex with men. *Journal of Urban Health*, Vol. 91, n° 3, p. 555-567.
- Carrico A.W., Gómez W., Siever M.D., Discepola M.V., Dilworth S.E., Moskowitz J.T. (2015) Pilot randomized controlled trial of an integrative intervention with methamphetamine-using men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 44, n° 7, p. 1861-1867.
- Castel R. (1998) Les sorties de la toxicomanie. Fribourg, Editions Universitaires, coll. Res Socialis, 296 p.
- Coffin P.O., Santos G.-M., Hern J., Vittinghoff E., Santos D., Matheson T., Colfax G., Batki S.L. (2018) Extended-release naltrexone for methamphetamine dependence among men who have sex with men: a randomized placebo-controlled trial. *Addiction*, Vol. 113, n° 2, p. 268-278.
- Colfax G.N., Santos G.-M., Das M., McDermott Santos D., Matheson T., Gasper J., Shoptaw S., Vittinghoff E. (2011) Mirtazapine to reduce methamphetamine use: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 68, n° 11, p. 1168-1175.

- Das M., Santos D., Matheson T., Santos G.-M., Chu P., Vittinghoff E., Shoptaw S., Colfax G.N. (2010) Feasibility and acceptability of a phase II randomized pharmacologic intervention for methamphetamine dependence in high-risk men who have sex with men. *AIDS*, Vol. 24, n° 7, p. 991-1000.
- Duport C. (2018) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur le site de Marseille en 2017, *Addiction Méditerranée ; OFDT*, 107 p.
- 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. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 55, p. 131-148.
- European ChemSex Forum (2018) 2nd European ChemSex Forum report, Mercure Hotel MOA Berlin, 22-24 March 2018.
- Fernández-Dávila P. (2016) "Sesión de sexo, morbo y vicio": una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España ["Horny and high": a holistic approach to understand the emergence of the ChemSex phenomenon among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Spain]. *Revista Multidisciplinar del Sida*, Vol. 4, n° 7, p. 41-65.
- Foureur N., Fournier S., Jauffret-Roustide M., Labrouve V., Pascal X., Quatremère G., Rojas Castro D. (2013) SLAM - Première enquête qualitative en France. Paris, AIDES, 60 p.
- Fournier S. (2010) Usages de psychoactifs, rôles sexuels et genre en contexte festif gay (Paris/Toulouse, 2007). *Clio : Femmes, Genre, Histoire*, n° 31, p. 169-184.
- Fournier S., Escots S. (2010) Homosexualité masculine et usages de substances psychoactives en contextes festifs gais. Enquête ethnographique à Paris et Toulouse en 2007-2008. Saint-Denis, OFDT, 172 p.
- Gaissad L. (2013) Expending ourselves at "La démente ?". Gay party circuit from consumption to consummation. *Ethnologie française*, Vol. 43, n° 3, p. 409-416.
- Gérome C., Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Martinez M., Milhet M., Néfau T. (2018) Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2017-2018). *Tendances*, OFDT, n° 129, 8 p.
- Girard G. (2016) Risque VIH et réflexivité. Logiques de prévention chez des gais séropositifs. *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 34, n° 4, p. 81-107.
- Giraudon I., Schmidt A.J., Mohammed H. (2018) Surveillance of sexualised drug use - the challenges and the opportunities. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 55, p. 149-154.
- Glaser B.G., Strauss A.L. (1967) The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. Chicago, Aldine Transaction, 271 p.
- Glynn R.W., Byrne N., O'Dea S., Shanley A., Codd M., Keenan E., Ward M., Igoe D., Clarke S. (2018) Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 52, p. 9-15.
- Gonzalez-Baeza A., Dolengevich-Segal H., Perez-Valero I., Cabello A., Tellez M.J., Sanz J., Perez-Latorre L., Bernardino J.I., Troya J., De La Fuente S., Bisbal O., Santos I., Arponen S., Hontanon V., Casado J.L., Ryan P. (2018) Sexualized drug use (chemsex) is associated with high-risk sexual behaviors and sexually transmitted infections in hiv-positive men who have sex with men: Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *AIDS Patient Care and STDS*, Vol. 32, n° 3, p. 112-118.

- Hakim J. (2019) The rise of chemsex: queering collective intimacy in neoliberal London. *Cultural Studies*, Vol. 33, n° 2, p. 249-275.
- Halkitis P.N., Fischgrund B.N., Parsons J.T. (2005) Explanations for methamphetamine use among gay and bisexual men in New York City. *Substance Use and Misuse*, Vol. 40, n° 9-10, p. 1331-1345.
- Hammoud M.A., Bourne A., Maher L., Jin F., Haire B., Lea T., Degenhardt L., Grierson J., Prestage G. (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. *Sexual Health*, Vol. 15, n° 2, p. 123-134.
- Hoang S., Wartel G., Sery S., Bruneau L., Moiton M. (2018) Étude sur la pratique du Chemsex chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) vivant avec le VIH et suivis dans un CHU d'Outremer. *Médecine et maladies infectieuses*, Vol. 48, n° 4 Suppl., p. S146.
- Hoareau E., Reynaud-Maurupt C. (2018) Hépatite C : Renouveau des stratégies en CAARUD et CSAPA. Manuel méthodologique de réduction des risques, de soutien au dépistage et d'accompagnement vers le soin. Paris, RESPADD, Fédération Addiction, 92 p.
- Knight R., Karamouzian M., Carson A., Edward J., Carrieri P., Shoveller J., Fairbairn N., Wood E., Fast D. (2019) Interventions to address substance use and sexual risk among gay, bisexual and other men who have sex with men who use methamphetamine: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 194, p. 410-429.
- L'Yavanc T., Missonier R., Hamidi M., Velasquez N., Pialoux G. (2014) Pratique du « Slam » chez les HSH séropositifs pour le VIH. *Médecine et maladies infectieuses*, Vol. 44, n° 6 Suppl., p. 91-92.
- Landovitz R.J., Fletcher J.B., Inzhakova G., Lake J.E., Shoptaw S., Reback C.J. (2012) A novel combination HIV prevention strategy: Post-exposure prophylaxis with contingency management for substance abuse treatment among methamphetamine-using men who have sex with men. *AIDS Patient Care and STDS*, Vol. 26, n° 6, p. 320-328.
- Lauby J., Zhu L., Milnamow M., Batson H., Bond L., Curran-Groome W., Carson L. (2017) Get Real: Evaluation of a community-level HIV prevention intervention for young MSM who engage in episodic substance use. *AIDS Education and Prevention*, Vol. 29, n° 3, p. 191-204.
- Lazès-Charmetant A., Delile J.-M. (à paraître) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur le site de Bordeaux en 2017. Bordeaux, CEID ; OFDT.
- Léobon A., Velter A., Drouin M.-C. (2012) Profil et comportements sexuels des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes : Net Gay Baromètre 2009, France. *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 31-32, p. 361-364.
- Léobon A., Chicoine-Brathwaite Y., Daunais-Laurin G., Otis J. (2016a) HSH et produits psychoactifs selon le Net Gay Baromètre 2013-14 : substances, « chemsex » et sexualité bareback. In: Journée d'échanges Sidaction « Homosexualité et VIH : rapport aux risques et prévention médicalisée », Paris, 7 décembre 2016.
- Léobon A., Daunais-Laurin G., Chicoine-Brathwaite Y., Otis J. (2016b) Formes, contexte et type de consommation de substances psychoactives chez les HSH selon le Net Gay Baromètre français. In: XVIIe Congrès National de la Société Française de Lutte contre le Sida, Montpellier, 6 et 7 octobre 2016.
- Léobon A., Dussault E., Otis J. (2018) Le « Chemsex » selon le Net Gay Baromètre français 2013. *Drogues, Santé et Société*, Vol. 17, n° 2.

- Léobon A., Canivet C., Dussault E., Dussault E. (2019) Mise en perspective entre les profils de répondants consommateurs d'une catégorie de substances selon qu'elles sont consommées hors ou en contexte sexuel. Rapport CNRS (UMR ESO) pour l'OFDT : « Exploitation secondaire des données du Net Gay Bi Trans Baromètre – édition 2018 », 35 p.
- Levy J.J., Garnier C. (2006) Drogues, médicaments et sexualité. *Drogues, Santé et Société*, Vol. 5, n° 2, p. 11-48.
- Lose S., Spiritek (2018) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur le site de Lille en 2017, CedrAgir ; OFDT, 103 p.
- Lyons T., Tilmon S., Fontaine Y.-M. (2014) Development of a small-group intervention for stimulant-using men who have sex with men. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, Vol. 9, n° 1, p. 54-70.
- Mahevas T., Jachiet V., Brunet-Possenti F., Deschamps L., Lachatre M., Crickx B., Descamps V. (2016) Complications cutanées du slam : usage sexuel et récréatif d'injections de cathinones. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, Vol. 143, n° 12 Suppl., p. S265.
- Mansergh G., Koblin B.A., McKirnan D.J., Hudson S.M., Flores S.A., Wiegand R.E., Purcell D.W., Colfax G.N. (2010) An intervention to reduce HIV risk behavior of substance-using men who have sex with men: a two-group randomized trial with a nonrandomized third group. *PLoS Medicine*, Vol. 7, n° 8, p. e1000329.
- Marillier M., Batisse A., Richeval C., Labrouve V., Martinez M., Allorge D., Gregoire M., Batel P., Néfau T., Chevallier C., Gaulier J.-M., Djeddar S. (2017) CHEMSEX, NPS & risk reduction management: Preliminary results of a pilot study. *Toxicologie Analytique et Clinique*, Vol. 29, n° 1, p. 47-56.
- Mausbach B.T., Semple S.J., Strathdee S.A., Zians J., Patterson T.L. (2007) Efficacy of a behavioral intervention for increasing safer sex behaviors in HIV-positive MSM methamphetamine users: results from the EDGE study. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 87, n° 2-3, p. 249-257.
- Maxwell S., Shahmanesh M., Gafos M. (2019) Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 63, p. 74-89.
- Melendez-Torres G.J., Bonell C. (2014) Systematic review of cognitive behavioural interventions for HIV risk reduction in substance-using men who have sex with men. *International Journal of STD and AIDS*, Vol. 25, n° 9, p. 627-635.
- Melendez-Torres G.J., Bonell C. (2017) Littoral spaces of performance: Findings from a systematic review and re-analysis of qualitative studies on men who have sex with men, substance use and social venues. *Sexuality Research and Social Policy*, Vol. 14, n° 3, p. 259-269.
- Melendez-Torres G.J., Hickson F., Reid D., Weatherburn P., Bonell C. (2017) Findings from within-subjects comparisons of drug use and sexual risk behaviour in men who have sex with men in England. *International Journal of STD and AIDS*, Vol. 28, n° 3, p. 250-258.
- Menza T.W., Jameson D.R., Hughes J.P., Colfax G.N., Shoptaw S., Golden M.R. (2010) Contingency management to reduce methamphetamine use and sexual risk among men who have sex with men: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, Vol. 10, n° 774.

- Milhet M. (2003) L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie ? Thèse de sociologie, Université Bordeaux 2 - Victor Segalen, 456 p.
- Milhet M., Néfaus T. (2017) Chemsex, slam. Renouveau des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH. Saint-Denis, OFDT, coll. Théma TREND, 32 p.
- Milhet M., Shah J., Madesclaire T., Gaissad L. (2019) Chemsex experiences: narratives of pleasure. *Drugs and Alcohol Today*, Vol. 19, n° 1, p. 11-22.
- Ndeikoundam-Ngangro N., Viriot D., Fournet N., De Barbeyrac B., Goubard A., Dupin N., Janier M., Alcaraz I., Ohayon M., Spenatto N., Vernay-Vaisse C., Référents des Cire, Pillonel J., Lot F. (2016) Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 41-42, p. 738-744.
- O'Byrne P., Holmes D. (2011) Drug use as boundary play: a qualitative exploration of gay circuit parties. *Substance Use and Misuse*, Vol. 46, n° 12, p. 1510-1522.
- 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 Medicine*, Vol. 19, n° 7, p. 485-490.
- Parsons J.T., Lelutiu-Weinberger C., Botsko M., Golub S.A. (2014) A randomized controlled trial utilizing motivational interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 82, n° 1, p. 9-18.
- Pavic G. (2018) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur le site de Rennes en 2017, Liberté Couleurs ; OFDT, 89 p.
- Pennant M.E., Bayliss S.E., Meads C.A. (2009) Improving lesbian, gay and bisexual healthcare: a systematic review of qualitative literature from the UK. *Diversity & Equality in Health and Care*, Vol. 6, p. 193-203.
- Pfau G., Francia M., Péquart C. (2018) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Paris en 2017. Saint-Denis, OFDT ; Association Charonne.
- Pollard A., Nadarzynski T., Llewellyn C. (2018) Syndemics of stigma, minority-stress, maladaptive coping, risk environments and littoral spaces among men who have sex with men using chemsex. *Culture, Health and Sexuality*, Vol. 20, n° 4, p. 411-427.
- Pufall E.L., Kall M., Shahmanesh M., Nardone A., Gilson R., Delpéch V., Ward H. (2018) Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Medicine*, Vol. 19, n° 4, p. 261-270.
- Race K., Lea T., Murphy D., Pienaar K. (2016) The future of drugs: recreational drug use and sexual health among gay and other men who have sex with men. *Sexual Health*, Vol. 14, n° 1, p. 42-50.
- Reback C.J., Grant D.L., Fletcher J.B., Branson C.M., Shoptaw S., Bowers J.R., Charania M., Mansergh G. (2012) Text messaging reduces HIV risk behaviors among methamphetamine-using men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, Vol. 16, n° 7, p. 1993-2002.
- Reback C.J., Shoptaw S. (2014) Development of an evidence-based, gay-specific cognitive behavioral therapy intervention for methamphetamine-abusing gay and bisexual men. *Addictive Behaviors*, Vol. 39, n° 8, p. 1286-1291.
- Reback C.J., Fletcher J.B. (2017) Outcomes from a homegrown HIV prevention program for extremely high-risk, substance-using men who have sex with men with multiple health disparities. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, Vol. 29, n° 2, p. 167-181.

- ReShape, 56 Dean Street, International HIV Partnerships, GMFA (2016) European ChemSex Forum report, Congress Centre, London, 6-8 April 2016.
- Roux P., Fressard L., Suzan-Monti M., Chas J., Sagaon-Teyssier L., Capitant C., Meyer L., Tremblay C., Rojas-Castro D., Pialoux G., Molina J.-M., 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. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Vol. 79, n° 2, p. e69-e75.
- Ryan K.E., Wilkinson A.L., Pedrana A., Quinn B., Dietze P., Hellard M., Stoové M. (2018) Implications of survey labels and categorisations for understanding drug use in the context of sex among gay and bisexual men in Melbourne, Australia. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 55, p. 183-186.
- Santé publique France (2018) Infection par le VIH et IST bactériennes. Bilan épidémiologique 2017, 6 p.
- Santos G.-M., Coffin P., Santos D., Huffaker S., Matheson T., Euren J., DeMartini A., Rowe C., Hahn J.A., Vlahov D., Vittinghoff E., Batki S.L. (2016) Feasibility, acceptability, and tolerability of targeted naltrexone for nondependent methamphetamine-using and binge-drinking men who have sex with men. *JAIDS - Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Vol. 72, n° 1, p. 21-30.
- Santos G.M., Coffin P.O., Vittinghoff E., DeMicco E., Das M., Matheson T., Raiford J.L., Carry M., Colfax G., Herbst J.H., Dilley J.W. (2014) Substance use and drinking outcomes in Personalized Cognitive Counseling randomized trial for episodic substance-using men who have sex with men. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 138, p. 234-239.
- 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). *International Journal of Drug Policy*, Vol. 38, p. 4-12.
- Shoptaw S., Reback C.J., Peck J.A., Yang X., Rotheram-Fuller E., Larkins S., Veniegas R.C., Freese T.E., Hucks-Ortiz C. (2005) Behavioral treatment approaches for methamphetamine dependence and HIV-related sexual risk behaviors among urban gay and bisexual men. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 78, n° 2, p. 125-134.
- Shoptaw S., Reback C.J., Larkins S., Wang P.-C., Rotheram-Fuller E., Dang J., Yang X. (2008) Outcomes using two tailored behavioral treatments for substance abuse in urban gay and bisexual men. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 35, n° 3, p. 285-293.
- Strona F.V., McCright J., Hjord H., Ahrens K., Tierney S., Shoptaw S., Klausner J.D. (2006) The acceptability and feasibility of the positive reinforcement opportunity project, a community-based contingency management methamphetamine treatment program for gay and bisexual men in San Francisco. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 38, SARC Suppl. 3, p. 377-383.
- Stuart D. (2019) Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today*, Vol. 19, n° 1 (ChemSex - Apps, drugs and the right to pleasure), p. 3-10.
- Sudérie G., Albisson A. (2018) Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur le site de Toulouse en 2017, ORSMIP ; OFDT, 20 p.
- Tissot N. (2018) Phénomènes émergents liés aux drogues en 2017. Tendances récentes sur le site de Lyon, CAARUD RuptureS ; ARS Auvergne-Rhône-Alpes ; OFDT, 105 p.
- Toates F. (2014) How sexual desire works: The enigmatic urge, Cambridge University Press, 512 p.

- Tomkins A., Ahmad S., Cannon L., Higgins S.P., Kliner M., Kolyva A., Ward C., Vivancos R. (2018) Prevalence of recreational drug use reported by men who have sex with men attending sexual health clinics in Manchester, UK. *International Journal of STD and AIDS*, Vol. 29, n° 4, p. 350-356.
- Tomkins A., George R., Kliner M. (2019) Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, Vol. 139, n° 1, p. 23-33.
- UNODC (2017a) Systematic literature review on stimulant use and HIV. Treatment and prevention of HIV, HCV & HBV among stimulant drugs users. Part 5/5. Vienna, UNODC, 55 p.
- UNODC (2017b) Systematic literature review on stimulant use and HIV. ATS and HIV risk and transmission. Part 2/5. Vienna, UNODC, 83 p.
- UNODC (2017c) Systematic literature review on stimulant use and HIV. Cocaine and crack-cocaine risk and transmission. Part 3/5. Vienna, UNODC, 82 p.
- 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*, Vol. 93, n° 3, p. 153-154.
- Westhaver R. (2005) 'Coming out of your skin': Circuit parties, pleasure and the subject. *Sexualities*, Vol. 8, n° 3, p. 347-374.
- Zeggagh J., Siguier M., Molina J.M. (2018) Évaluation de la prise en charge de la santé sexuelle des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes par les médecins généralistes, à l'heure de la prophylaxie pré-exposition du VIH. *Médecine et maladies infectieuses*, Vol. 48, n° 4 Suppl., p. S144.
- Zule W.A., Poulton W.E., Coomes C.M., Mansergh G., Charania M., Wechsberg W.M., Jones H.E. (2012) Results of a pilot study to reduce methamphetamine use and sexual risk behaviors among methamphetamine-using men who have sex with men (MSM) not currently in treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 44, n° 5, p. 351-358.

Alors que le phénomène du chemsex est encore peu documenté en France, le présent rapport restitue les résultats d'une enquête sociologique qualitative réalisée en 2018 par l'OFDT en réponse à la demande de la Direction générale de la santé.

Ce travail porte sur la dynamique des trajectoires individuelles et l'expérience du chemsex du point de vue des personnes impliquées dans ces pratiques.

Dans un contexte de montée d'inquiétudes et de signaux sanitaires associés, ce rapport fait également le point sur les données de prévalence disponibles et recense un panel d'outils et interventions ayant fait preuve de leur intérêt en matière de réduction des risques et des dommages (RdRD) et d'accompagnement des personnes en difficulté.

**OFDT - 69 rue de Varenne
CS 70780 - 75700 Paris Cedex 07**

www.ofdt.fr

ISBN : 979-10-92728-31-6

Crédits photographiques : © kalcutta / © vladorlov - Adobe Stock