

JOURNÉE THÉMATIQUE



MISSION
MÉTROPOLITAINE
DE PRÉVENTION
DES CONDUITES
À RISQUES

SYNTHÈSE

Chemsex : comment accompagner les publics ?

Lundi 20 juin 2022

Auditorium de l'Hôtel de Ville
5 rue Lobau - 75004 Paris



SOMMAIRE

• Ouverture	P.5
• Les éléments issus des groupes de travail	P.7
• Présentation d'études en sciences sociales sur le <i>chemsex</i>	
Attentes et parcours liés au <i>chemsex</i> (APACHES)	P.10
Perceptions, attitudes et attentes vis-à-vis du <i>chemsex</i> (PAACS)	P.13
Enquête rapport au sexe (ERAS)	P.15
• Les différents produits utilisés dans le cadre du <i>chemsex</i>	P.17
• <i>Chemsex</i> et santé sexuelle	P.22
• <i>Chemsex</i> et santé mentale	P.23
• La réduction des risques en contexte de <i>chemsex</i>	P.27
• Présentation des initiatives et innovations inspirantes sur le <i>chemsex</i>	P.32
• Conclusion et perspectives	P.36
• Annexes	P.37

OUVERTURE

Anne Souyris, adjointe à la Maire de Paris, chargée de la santé publique et des relations avec l'APHP, de la santé environnementale, de la lutte contre les pollutions et de la réduction des risques.

Jean-Luc Romero Michel, adjoint à la Maire de Paris en charge des droits humains, de l'intégration et de la lutte contre les discriminations.

Magalie Thibault, vice-présidente au Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis, en charge des solidarités et de la santé.

Tanguy Bodin, ARS, directeur de la Délégation départementale de Paris.

« Cela fait maintenant un certain temps que l'on souhaite avoir un vrai programme de prévention, de réflexion, d'aide et de soutien sur les questions de chemsex à Paris, sachant que cette question émerge un peu partout en Europe et qu'il s'agit d'une question peu et mal traitée », déclare **Anne Souyris**, adjointe à la Maire, chargée de la santé publique et des relations avec l'APHP, de la santé environnementale, de la lutte contre les pollutions et de la réduction des risques. Elle rappelle la volonté de la Ville de Paris d'agir comme pionnière sur le sujet du chemsex, à la croisée des chemins entre les questions de santé publique, de santé communautaire HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes), de santé sexuelle et d'addictologie. Ces multiples facettes du chemsex et le manque d'études relatives à ces sujets rendent difficiles les interactions entre acteurs et actrices sanitaires, associatifs et institutionnels. « Les HSH sont concernés à plus de 80 %, ce qui rend absolument essentiel de travailler sur les questions de santé communautaire. Mais il ne faut pas oublier que des femmes peuvent aussi être concernées ». Bien que beaucoup moins nombreuses, Anne Souyris estime qu'il faut tout de même aller vers ce public en engageant un travail un peu spécifique.

Anne Souyris rappelle que, dès le début du comité de pilotage, avait émergé un réel besoin de réunir les acteurs et de construire de nouveaux outils pour permettre à chacun.e de mieux partager son savoir et de réagir vite sur les questions de prévention et de discrimination. Il y a une nécessité d'agir vite : « Les discriminations entraînent souvent le silence, et le silence entraîne parfois la mort,

surtout sur ce type de problématique très dangereuse pour la population ».

Jean-Luc Romero Michel, adjoint à la Maire, en charge des droits humains, de l'intégration et de la lutte contre les discriminations, démarre son intervention en soulignant l'importance d'un travail commun entre la Seine-Saint-Denis, l'État, mais aussi avec un large ensemble d'institutions telles que la police ou encore les pompiers ; « il y a un besoin de réunir tout le monde pour faire tomber un certain nombre de peurs qui souvent coûtent la vie à des personnes ». Le chemsex, phénomène ayant émergé d'abord aux États-Unis puis il y a une quinzaine d'années en France, a pris de l'ampleur en raison de la forte accessibilité des drogues de synthèse, de leurs bas prix et de leur facilité d'acquisition. Leur possible acquisition sur les applications

de rencontre témoigne non seulement de la banalisation de leur consommation, mais aussi des limites de la loi de pénalisation des drogues.

« Certaines études montrent que ce phénomène touche jusqu'à 20 % des HSH, ce qui oblige à prendre en compte les discriminations LGBTQI-phobes dans le contexte de ces pratiques. Malheureusement, les HSH et, plus encore, les personnes séropositives sont plus susceptibles de subir les discriminations, de souffrir des stigmatisations. Cela peut nourrir des traumatismes, des violences, et aboutir à des conduites à risques », complète Jean-Luc Romero Michel au sujet de ces discriminations auxquelles Anne Souyris faisait déjà référence. Ces discriminations peuvent être un frein à l'accès au soin et la prise en charge médicale, c'est pourquoi il est important d'améliorer l'absence de

jugement sur les sujets de sexualité, de renforcer les connaissances des professionnels, notamment en termes de santé LGBTQIA+.

« *Face aux risques associés, aux morts, il faut mettre fin au tabou et à la honte. [...] Fermer les yeux sur cette pratique, c'est aujourd'hui totalement criminel* » interpelle Jean-Luc Romero Michel. Ainsi, il rappelle qu'Anne Hidalgo était la seule candidate à Paris à inscrire dans son programme l'élaboration d'un plan sur la question du *chemsex*, un plan qui s'inscrit sur plusieurs années et qui se nourrira des échanges de cette conférence. Ce plan pourra par la suite inspirer et nourrir la réflexion d'autres villes, en France comme à l'étranger.

Loin de ne se limiter qu'à Paris, ce phénomène se diffuse également en Seine-Saint-Denis depuis quelques années, explique **Magalie Thibault**, vice-présidente en charge des solidarités et de la santé au Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis. Alerté par les professionnels de terrain (CAARUD, CSAPA, CEGIDD)¹, le département souhaite pouvoir travailler de concert avec la collectivité parisienne sur une culture commune et favoriser la mise en réseau de l'ensemble des professionnel.les du secteur. Côté Seine Saint-Denis, la MMPCR a souhaité mettre en place un travail interprofessionnel, à l'issue duquel est remontée comme une priorité la formation des professionnel.les, pour aider à la prise en charge des *chemsexers*. Pour répondre à cette demande, Magalie Thibault annonce que le département espère pouvoir proposer cette formation d'ici fin 2022 et fin 2023. Aussi, conjointement avec l'ARS, la question de mieux couvrir la distribution de matériel de réduction des risques est en cours de réflexion.

L'ARS, représentée par **Tanguy Bodin**, directeur de la Délégation départementale de Paris, est effectivement engagée sur le sujet du *chemsex*, dont les pratiques peuvent entraîner des risques très importants, qu'ils soient somatiques, addictifs, psychiatriques, psychosociaux, sans oublier les risques infectieux. « *Il est probable que ce public soit plus nombreux demain* », souligne Tanguy Bodin, complétant que ce sont des publics parfois peu en contact avec les structures ARS de prévention et de réduction des risques, et qui consomment essentiellement dans des espaces privés. Il reprend alors les conclusions de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives, qui démontrent une augmentation de ces pratiques avec de nouveaux

produits de synthèse, largement diffusés sur les outils numériques. Tanguy Bodin détaille ensuite trois axes de travail importants ; un premier sur la connaissance du sujet, du fait du manque d'études réalisées. Un deuxième sur la sensibilisation et sur l'information du public exposé. Enfin, un troisième axe de formation des professionnels de santé et des professionnel.les au sens large. « *Toutes ces actions s'inscrivent dans la stratégie nationale de santé sexuelle qui a été définie pour une période de 2017 à 2030 ; et l'Agence Régionale de Santé décline cette feuille de route au niveau régional, avec des priorités d'actions sur l'amélioration du repérage des chemsexers et sur l'amélioration de la prise en charge* », conclut Tanguy Bodin. L'ARS se félicite de ces démarches convergentes qui visent à améliorer le travail en réseau sur le territoire de Paris et de Seine-Saint-Denis.

¹ CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

Les éléments issus des groupes de travail

Création d'un comité stratégique

En mars 2021, un vœu a été voté à l'unanimité au Conseil de Paris pour la mise en place d'un Plan d'information et de réduction des risques sur le *chemsex*, rappelle Marion Serot (MMPCR). Dans le cadre de la préparation de ce plan, l'observatoire de la MMPCR a réalisé un état des lieux des ressources existantes sur ce sujet, permettant ainsi de prioriser les axes de travail.

À ce titre, un Comité Stratégique s'est tenu en présence de Jean-Luc Romero Michel et d'Anne Souyris, rappelant la volonté de la Ville de s'engager sur 4 ans. Deux groupes de travail ont été lancés, coanimés par des associations. Un premier, coanimé par Nicolas Derche (Checkpoint) et Fred Bladou (Aides), s'est tenu sur la montée en compétences des professionnel.les pour favoriser leur formation et la mise en réseau. Un second, coanimé par Vincent Leclercq (Vers Paris sans Sida) s'est tenu sur la communication à destination du public *chemsexers*.

Une journée dédiée

Cette journée dédiée au *chemsex* est le fruit du premier groupe de travail ; *« l'objectif est de favoriser le développement d'une culture commune sur le chemsex, et la mise en réseau des professionnel.les et acteurs et actrices qui sont concerné.es »*, explique Marion Serot (MMPCR). *« Nous avons pensé cette journée pour les professionnel.les accompagnant des chemsexers, ou susceptibles de les rencontrer, pour favoriser l'interconnaissance et la mise en réseau des structures sur les territoires de Paris et de Seine Saint-Denis »*. A cette journée 120 personnes se sont inscrites, dont différents professionnel.les de santé : sexologues, psychologues, psychiatres, infirmiers et infirmières, addictologues, infectiologues, médecins généralistes, différentes structures (CSAPA, APHP, CEGIDD etc.), quelques infirmiers libéraux. Sont également présent. es des acteurs et actrices associatifs de prévention et promotion de la santé, et des associations LGBTQIA+. *« Cette journée n'est que le commencement d'un ensemble d'actions et d'initiatives qui seront développées par la suite »* termine Marion Serot (MMPCR).

« L'objectif est de favoriser le développement d'une culture commune sur le chemsex et la mise en réseau des professionnel.les et acteurs et actrices qui sont concerné.es ».

Une campagne d'information à destination des *chemsexers*

Le second groupe de travail concernait la communication à destination des usagers *chemsexers*. À cette occasion, les participant.es ont travaillé le message et le visuel à apporter à cette campagne de communication, dans le but de donner envie aux usagers *chemsexers* d'avoir accès au soin. *« L'idée de l'affiche est qu'il n'y ait pas d'injonction mais plutôt un message positif, qui propose une solution, qui offre une perspective et qui ne soit pas stigmatisante »*, explique Marianne Bouillié (MMPCR).

Une cartographie interactive en ligne

L'idée d'une cartographie interactive qui présente l'offre disponible sur le territoire a également émergé. Cette cartographie, présentée par Anastasia Trouvé (MMPCR), représente l'ensemble des structures et des dispositifs disponibles pour les publics *chemsexers*. Les données utilisées sont en partie issues du deuxième groupe de travail, mais aussi des données disponibles en interne à la MMPCR. En utilisant cette carte, disponible sur Paris.fr,

l'utilisateur peut sélectionner des filtres choisis pour être au plus près de ses besoins. Les différentes rubriques sont les suivantes :

Agir, aider, me mobiliser / Offre d'accompagnement / Accéder à la PrEP / Accéder au traitement d'urgence VIH / Bénéficier d'un suivi médical / Bénéficier d'un suivi médical spécialisé (addictologue, psychiatre) / En parler, être soutenu et accompagné (groupe de paroles, accompagnement communautaire) / Accueil spécifique Chemsex / Se faire dépister pour le VIH et les IST / Trouver de l'information utile / Trouver du matériel (Kit+, seringues, préservatifs, gel) / Automates / Distributeurs de matériels de consommation .

Anastasia Trouvé (MMPCR) précise toutefois que les données ne sont pas exhaustives et qu'il est possible de les compléter et les mettre à jour. Elle ajoute enfin qu'un travail est en cours pour proposer un calcul d'itinéraire.

PRÉSENTATION D'ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES SUR LE *CHEMSEX*

- Attentes et parcours liés au *chemsex* (APACHES)
- Perceptions, attitudes et attentes vis à vis du *chemsex* (PAACX)
- Enquête rapport au sexe (ERAS)

ATTENTES ET PARCOURS LIÉS AU CHEMSEX (APACHES)

Présentation : Maitena MILHET - OFDT

L'étude APACHES a été réalisée par l'OFDT en 2019 à la demande de la Direction Générale de la Santé dans un contexte de forte préoccupation à propos du *chemsex*. Elle a été réalisée par Maitena Milhet en collaboration avec Tim Madesclaire, Laurent Gaissad et Thomas Néfau. **Cette étude repose sur des données qualitatives recueillies directement auprès de *chemsexers* et d'intervenant.es.** Les analyses s'appuient sur une approche sociologique compréhensive. Elle comporte deux objectifs principaux : comprendre l'expérience des *chemsexers* en partant de leur point de vue et mettre cette expérience en perspective avec celle des intervenant.es mobilisé.es. L'ensemble vise à éclairer les réponses publiques à conduire pour mieux venir en aide aux *chemsexers* en difficultés.

Les données quantitatives existantes Une expérience reliée au plaisir

Maitena Milhet commence par donner quelques éléments de cadrage issus des études quantitatives existantes les plus robustes. Le *chemsex*, dont la définition est controversée, y est interrogé auprès de HSH recrutés en ligne, et non dans des services spécialisés qui reçoivent des personnes déjà en difficulté. Ces études sont menées auprès d'échantillons très importants de HSH (allant de 10 000 à plus de 18 000 personnes), ayant des profils généralistes. Certaines enquêtes ont une unité de mesure du *chemsex* relativement large, qui est la consommation de quelques substances dans un contexte sexuel l'année précédant l'enquête. Dans ces conditions, on obtient une proportion de 13 à 14 % de *chemsexers* parmi les répondants. D'autres enquêtes mobilisent un indicateur plus fin, plus proche de pratiques qui peuvent devenir problématiques, c'est-à-dire la consommation plus importante et fréquente de produits à l'occasion du dernier rapport sexuel. Ces enquêtes comptabilisent entre 5 et 7 % de *chemsexers* parmi les répondants.

Dans le cadre de l'enquête APACHES, l'objectif était de rassembler un échantillon diversifié pour recueillir un large panel d'expériences du *chemsex*. À ce titre, 37 *chemsexers* ont été rencontrés dans le cadre d'entretiens individuels approfondis. Les profils sont très différents au plan de l'âge, du niveau de qualification, de la profession, de l'implication dans le *chemsex* au moment de l'enquête, mais aussi s'agissant de la pratique du *slam*, du statut VIH, ou encore du lieu de vie. Par ailleurs, Maitena Milhet précise que, comme dans toute enquête qualitative, **l'échantillon n'est pas représentatif, il est possible que certains *chemsexers* ne se retrouvent pas dans les expériences présentées.**

«Ce qui est le plus marquant, c'est qu'il s'agit avant tout d'une expérience de vie, une expérience de plaisirs multiples et pluridimensionnels, et qui sont pour les personnes connectés à des enjeux majeurs de réalisation personnelle » explique Maitena Milhet. **Comprendre cette dimension de plaisirs et leurs liens avec des enjeux de réalisation personnelle est central pour apporter des réponses adaptées. Une approche du *chemsex* focalisée sur les risques et les dommages encourus est réductrice y compris pour des personnes qui sollicitent les dispositifs d'aides :**

*« Il ne s'agit pas de promouvoir le *chemsex*, mais d'avoir une approche qui ne pathologise pas ces pratiques dans la mesure où elles ont été connectées à quelque chose de très positif et très fort pour les personnes ».*

mais d'avoir une approche qui ne pathologise pas ces pratiques dans la mesure où elles ont été connectées à quelque chose de très positif et très fort pour les personnes ».

Les entretiens réalisés avec les 37 *chemsexers* font ressortir **plusieurs dimensions du plaisir** : d'abord les plaisirs physiques liés à la fois aux effets des drogues consommées et aux relations sexuelles. Ensuite, le sentiment de vivre dans le cadre du *chemsex* une connexion de l'ordre de la romance ou d'une relation amoureuse. Sont également recherchés des moments de partage et de sociabilité, vécus très fortement notamment par des personnes souffrant d'isolement. Enfin, les personnes valorisent une dimension de « lâcher prise », aussi bien sur le plan physique qu'identitaire : pour certains HSH interviewés, le *chemsex* a permis de s'autoriser à vivre pleinement leur identité sexuelle. Ce « lâcher prise » est un grand soulagement pour des personnes ayant souffert d'homophobie intériorisée.

Chacun de ces plaisirs peut être associé à des **difficultés** : l'absence de satisfaction sexuelle liée à l'incapacité d'atteindre l'orgasme ou d'avoir une érection, les souffrances liées à la dépendance aux produits, le sentiment d'être dans un moment de non-partage, de « consommation de chair » déshumanisée, le sentiment d'isolement dans un collectif, ou encore les questions de pratiques abusives et de non-consentement. *« Pour les personnes en difficulté, il y a ce vécu ambivalent et contradictoire des plaisirs du chemsex. Le challenge, en cas de difficulté pour les personnes, est d'accepter de renoncer à quelque chose qui, à un moment donné, a été extrêmement fort sur le plan de la relation amoureuse, de la sociabilité et de l'expression de soi ».*

Pour les intervenant.es, le *challenge* est de prendre en considération ces plaisirs et de dialoguer autour. Un autre *challenge* est de pouvoir considérer que le *chemsex* désigne « *bien plus que* » du sexe avec des drogues, et de très concrètement **mettre en place des solutions globales et individualisées qui impliquent un rapprochement des dispositifs de santé sexuelle et d'addictologie.**

Des trajectoires qui n'obéissent à aucune règle

« Les trajectoires ne sont pas linéaires, il n'y a pas de progression stéréotypée, elles sont faites d'allers-retours, il y a des pauses, il y a des emballements, mais il y a aussi des sorties ». explique Maitena Milhet à propos des différents parcours des *chemsexers* rencontrés. Chaque trajectoire varie en fonction de l'âge de découverte du *chemsex* (de 18 à 62 ans), du contexte d'initiation aux produits ou du cadre des pratiques (collectif, en couple, seul devant une caméra...). Le *chemsex* peut être une trajectoire heureuse pour certains, y compris pour des personnes pratiquant le *slam*, quand d'autres trajectoires conduisent à des situations problématiques, voire dramatiques.

Ce que ces trajectoires enseignent, c'est d'abord la nécessité d'individualiser les prises en charge lors de l'accompagnement. Maitena Milhet souligne que les intervenant.es mobilisé.es ne doivent pas avoir de schéma à priori sur un profil de personnes : *« Les trajectoires sont individuelles et vont progresser de façon singulière les unes par rapport aux autres ».* Elle ajoute que l'horizon pour les personnes n'est pas forcément l'abstinence, et qu'il ne faut pas prendre comme un échec les rechutes vers ces pratiques : *« il faut pouvoir travailler avec l'ambivalence des personnes, lorsque ces dernières reprennent des pratiques qu'elles avaient arrêtées ».*

Des facteurs fragilisant et des autocontrôles

Bien qu'aucune trajectoire ne soit similaire, **plusieurs facteurs fragilisant sont considérés comme vecteurs de complications pouvant conduire à des situations problématiques :**

- La pratique du *slam*,
- Le contexte de vie et la sociabilité plus ou moins importante avec d'autres *chemsexers*,
- Le temps passé sur les applications de rencontre
- Les ruptures biographiques telles que les séparations ou les deuils.

Toutefois, l'enquête montre que des ressources peuvent être mobilisées par les personnes afin de limiter les risques. On parle d'«autocontrôles» c'est-à-dire de limites que les personnes se fixent elles-mêmes par exemple s'agissant de la quantité de produits qui sera consommée, ou de la fréquence de participation à des *sex-parties*. Il existe également des régulations collectives de ces pratiques, telles que la désignation d'un «*réfèrent slam* » dans les sessions ou un contrôle des modalités de consommation du GHB/GBL. Les *chemsexers* peuvent par ailleurs s'appuyer sur des supports sociaux (ami.es, famille, intervenant.es, dispositifs d'aide existants) qui contribuent à éviter les dérives. **Ces ressources, autocontrôles et régulations collectives doivent faire l'objet d'une reconnaissance et d'un renforcement lorsque celles-ci fonctionnent** » souligne Maitena Milhet.

La connaissance des risques et le positionnement personnel par rapport aux risques

L'enquête étudie également deux dimensions impliquées dans les prises de risques : celle de les connaître et le positionnement personnel par rapport aux risques. S'agissant de la connaissance des risques des *chemsexers* interrogés, il ressort notamment **un besoin d'information très important sur ceux qui sont liés aux drogues (effets des produits, modalités d'usage), ainsi que sur les moyens de prévention et les dispositifs d'accompagnement existants.**

Par ailleurs, s'agissant du positionnement personnel des *chemsexers* par rapport à ces risques, Maitena Milhet constate une différence entre le positionnement face aux risques liés aux drogues et ceux liés aux rapports sexuels. Concernant les drogues, la dépendance est unanimement perçue comme indésirable. Mais, pour certains HSH, les risques sexuels peuvent être perçus

comme acceptables ou secondaires, qu'il s'agisse du VIH ou du VHC : *« sur ces risques-là, certaines personnes considèrent que cela fait partie du jeu et qu'elles préfèrent les encourir plutôt que renoncer à ce qu'elles vont trouver dans le chemsex. Pour d'autres, ce positionnement personnel est à mettre en relation avec le fait que les personnes savent s'en protéger et que les traitements existent »* explique Maitena Milhet.

PERCEPTIONS, ATTITUDES ET ATTENTES VIS-À-VIS DU CHEMSEX (PAACX)

Présentation : Christel PROTIERE – INSERM/SESSTIM

Christel Protiere commence son intervention en expliquant que cette étude, réalisée en collaboration avec Aides, cherche à comprendre comment les différentes dimensions relatives à la pratique du *chemsex*, dont beaucoup sont aussi ressorties dans l'enquête APACHES présentés par Maitena Milhet, vont pouvoir être intriquées les unes avec les autres.

Cette étude définit le **chemsex** comme une consommation de substances psychoactives à visée sexuelle, qui se différencie de la consommation de drogue dans un cadre festif du fait de la planification et de l'intentionnalité.

« Le chemsex est apparu dans un environnement bien particulier duquel on ne peut pas le détacher, à savoir l'apparition des nouveaux produits de synthèse qui sont facilement accessibles, très addictogènes et peu cher par rapport à d'autres produits, mais aussi de l'apparition d'applications de rencontres géolocalisées et d'une société marquée par une culture de la performance et du consumérisme engendrant un besoin de pouvoir lâcher prise. Par ailleurs, c'est un phénomène contemporain de l'introduction de la PrEP », complète Christel Protiere. Le plus souvent, la question du *chemsex* est abordée uniquement sous le prisme du risque avec une trajectoire qui serait inévitable, en oubliant la dimension du plaisir. Ainsi, **cette étude cherche à distinguer les différents rapports que les chemsexers entretiennent avec leur pratique du chemsex.**

Les modalités de l'étude

Christel Protiere explique que cette enquête a été réalisée auprès de *chemsexers* interrogés à la fois en «face à face» pour s'assurer de l'hétérogénéité de la population enquêtée et en ligne, afin de toucher le type de public qui échappe habituellement aux enquêtes, notamment les *chemsexers* n'ayant pas accès ou ne se rapprochant pas des structures de soin. La méthode appliquée est la « méthode Q », qui s'utilise pour explorer des structures subjectives complexes et obtenir une image multidimensionnelle du sujet qu'on cherche à évaluer. Concrètement, des énoncés ont été sélectionnés du corpus émanant d'une première phase qualitative. Ensuite, il est demandé aux personnes de classer ces énoncés sur une grille, ce qui oblige à articuler les différentes dimensions les unes avec les autres.

L'échantillon enquêté est composé de 126 *chemsexers* qui pratiquaient le *chemsex* au moment de l'enquête. Les *chemsexers* étudiés ont des profils différents en fonction de l'âge, de l'activité professionnelle, du statut sérologique, des consommations et modes de consommation, de la durée de pratique, et enfin de la fréquence.

Les 5 rapports au chemsex

Christel Protiere explique que l'analyse factorielle montre qu'il existe cinq principaux rapports au *chemsex*, qui vont de la perception la plus positive à la perception la plus négative. Ces résultats permettent

d'illustrer la diversité des rapports au *chemsex*. Grâce aux résultats de l'analyse factorielle et aux commentaires des répondants pour justifier leur classement, il est possible de proposer cinq narrations qui résument ces cinq rapports au *chemsex* :

- **De la compensation à une sexualité assumée (++)**
« Avant la pratique du chemsex, ma vie sexuelle n'était pas totalement épanouie, et j'avais expérimenté des moments de vie qui m'avaient fragilisé. Les chems m'ont permis d'accéder à de la tendresse, à des pratiques sexuelles que je n'assumais pas auparavant. Pour moi, ne pas avoir de sexualité sans produit n'est pas vraiment un problème, cette pratique m'apporte la possibilité d'appartenance à une communauté et je m'appuie sur les groupes de parole pour réguler ma consommation. Au final, c'est un plus dans ma vie ».
- **Hédoniste gestionnaire (+)**
« C'est mon parcours sexuel qui m'a conduit à pratiquer le chemsex, je ne consommait pas de drogue avant. Ma motivation première est d'épicer des relations sexuelles, il est important pour moi que cette pratique reste occasionnelle pour ne pas perdre le contrôle, de prendre garde à avoir des relations sexuelles sans prise de produit, et que la consommation de produit ait lieu exclusivement dans un contexte sexuel. Pour éviter les risques, il est préférable de ne pas apprendre à s'injecter soi-même, bien que ce soit questionnable, et de pratiquer avec un cercle restreint de connaissance. »

- **Entre addiction et gestion (+/-)**

« Avant de pratiquer le chemsex, j'ai pu rencontrer des problèmes de désir, ou d'érection. Le chemsex est avant tout une pratique assumée, axée sur la recherche de nouvelles sensations et de l'effet rush, peut aider à faire des rencontres et avoir une sexualité. J'ai toujours consommé des produits de manière récréative, et il est pour moi essentiel de connaître les bonnes pratiques de réduction des risques, et de les partager. D'ailleurs, c'est à la suite d'une alerte que j'ai appris à maîtriser ma consommation, par exemple en faisant des pauses sans aucune pratique. »

- **De la curiosité à la destruction de la sexualité (-)**

« C'est d'avoir entendu parler du chemsex qui m'a donné envie d'essayer. Grâce aux produits et à l'effet rush, j'ai pu m'autoriser des pratiques plus hard, me dépasser et accéder à une sexualité sans préliminaire. Le revers de la médaille est pourtant là. C'est une pratique qui marque, qui tend à déshumaniser la relation, qui a de lourdes conséquences négatives sur ma sexualité et me conduit douter de mes sentiments et de mes réactions. »

- **De l'espoir de compensation à la désillusion (--)**

« C'est le désœuvrement, la solitude ou des fragilités préexistantes qui mènent au chemsex. Si au début on peut y voir une amélioration, cela finit par avoir des effets néfastes sur la vie, la santé, ou la vie sociale. Il y a une démarche d'autodestruction dans cette pratique, et les limites finissent toujours par être dépassées. Là où le chemsex devait répondre à des problèmes, il finit par en ajouter de nouveaux. »

Par ailleurs, d'autres résultats émergent de cette étude, notamment un consensus parmi les répondants à l'enquête selon lequel *« il est important de se considérer comme usager de drogue pour pouvoir réfléchir à sa consommation, ce que les chemsexers ont du mal à accepter au début »*. Aussi, *« l'ensemble de l'échantillon considérait qu'il n'y avait pas d'impossibilité de réduction des risques pendant les plans »*, ajoute Christel Protiere.

Certaines propositions peuvent être dégagées des résultats de cette étude, notamment l'utilisation de ces 5 narrations comme support pour échanger en entretien sur les éventuels risques et solutions de réduction des risques adaptées. Ces narrations pourraient éventuellement être utilisées comme échelle de mesure dans les enquêtes, pour avoir quelque chose de plus multidimensionnel que ce qui existe déjà. Enfin, Christel Protiere termine sa présentation en soulignant la nécessité d'une étude nationale longitudinale.

ENQUÊTE RAPPORT AU SEXE (ERAS)

Présentation : Perrine ROUX – INSERM/SESSTIM

L'Enquête Rapport au Sexe (ERAS), conduite par Santé Publique France et coordonnée par Annie Velter, permet de présenter des données quantitatives qui documentent les spécificités des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) pratiquant le *chemsex* par rapport aux HSH non *chemsexers*. Cette enquête ERAS a lieu régulièrement depuis 2017 auprès de HSH. L'édition 2020 avait permis de documenter l'impact du Covid chez les HSH, montrant que les *chemsexers* avaient vécu de manière plus problématique cette période-là (santé mentale dégradée, augmentation de la consommation de drogues et médicaments psychotropes). Pour ces raisons, à l'occasion de l'édition 2021, des questions ont été rajoutées pour mieux comprendre les différences entre les HSH *chemsexers* et les autres HSH.

Les modalités de l'enquête

Cette question de recherche est motivée par le fait que le *chemsex* est un phénomène difficile à circonscrire ; *« Il y a des profils très diversifiés, pour lesquels on a des réponses qui ne sont pas forcément adaptées. L'idée est que les chercheurs puissent documenter les pratiques et profils grâce à des données scientifiques pour répondre au mieux à cette pratique »*, explique Perrine Roux.

Cette enquête rassemble donc des données brutes descriptives et multiples, récoltées grâce à un questionnaire rapide. Elle s'est déroulée entre février et avril 2021, auprès de **18 500 HSH**. Pour évaluer si le participant interrogé est un *chemsexer* ou non, la question posée était la suivante : *« Au cours des 6 derniers mois, en dehors de l'alcool, du cannabis ou du poppers, avez-vous pris au moins un produit psychoactif type cocaïne, GHB, amphétamines ou cathinones dans un contexte sexuel ? »*. Ensuite, des méthodes statistiques permettaient de comparer le groupe des HSH *chemsexers* au groupe des autres HSH. Au total, Perrine Roux révèle que 12 % des participants à l'enquête étaient identifiés comme *chemsexer*, c'est-à-dire avait pratiqué le *chemsex* au moins une fois au cours des six derniers mois.

Les différences entre les HSH *chemsexers* et HSH non-*chemsexers*

En comparant les réponses des *chemsexers* avec les autres HSH, Perrine Roux souligne que de nombreuses différences apparaissent. D'une part, des différences sociodémographiques : **les *chemsexers* sont un peu plus âgés** avec 36 ans d'âge médian contre 33 ans pour les non-*chemsexers*. D'autre part, il s'agit d'une **population qui vit en milieu urbain**. La **situation professionnelle des *chemsexers* est souvent plus compliquée**, avec un plus haut taux d'inactivité et de chômage. Cela implique une situation financière plus difficile. Par rapport à la pratique sexuelle, **les *chemsexers* pratiquent**

plus le sexe en groupe, connaissant une plus forte fréquentation des sites internet et des applications, et ont plus de partenaires occasionnels. A propos de la santé sexuelle, en dépit de leurs pratiques à risque, les *chemsexers* ont plus souvent recours au dépistage des IST. Pour les personnes séronégatives, elles vont plus prendre la Prep : 40 % des *chemsexers* séronégatifs utilisent la PrEP contre 10 % chez les non *chemsexers*. En revanche, la séropositivité est plus importante, 22 % contre 5 % chez les non-*chemsexers*. S'agissant de la santé mentale, elle est plus dégradée chez les *chemsexers*, phénomène amplifié par la période Covid. Ces derniers connaissent plus de tentatives de suicide au cours de la vie et des derniers mois, et ont un score d'anxiété plus élevé.

Ainsi, ces données permettent de constater qu'il s'agit d'une population qui présente des fragilités psychosociales, plus à risque d'être séropositive, mais qui s'empare des outils qu'on lui propose aussi bien chez les VIH+ que chez les séronégatifs avec la PrEP.

Perrine Roux ajoute que l'idée est d'aller plus loin pour proposer des interventions adaptées à ce public. **Elle souligne l'importance d'utiliser des interventions sur le web du fait de l'hyperconnectivité de cette population, et de combiner les approches de réduction des risques liés à l'usage de drogues et des risques sexuels**. Elle insiste sur un renforcement de l'accès à une prise en charge psychosociale et psychiatrique, sans pour autant toujours médicaliser les approches proposées à ce public. Enfin, elle conclut que les personnes séropositives sont un peu les oubliées de ce qui est proposé en termes de prévention *chemsex* et qu'il serait intéressant de penser à des projets sur ces publics-là.

QUESTIONS DU PUBLIC

Lors de la présentation de l'étude PaacX, il a été dit qu'il était difficile pour certains chemsexers de se définir comme usager de drogue, comment cela a-t-il été déterminé ? Cela est-il devenu une variable dans l'étude ? Ceux qui ne se considéraient pas comme usagers de drogues ont-ils été écartés de l'enquête ?

Christel Protiere : L'information vient des *chemsexers* eux-mêmes, lors de la 1ère phase qualitative de l'étude PaacX, pendant laquelle nous avons conduit des entretiens individuels et des focus groupes, celle qui nous a permis de définir les énoncés soumis au classement dans la phase que je viens de vous présenter. C'est quelque chose qui a été particulièrement souligné, cette question d'accepter de se percevoir comme usager de drogue, y compris sur les lieux de prise en charge. Par exemple, ces personnes n'imaginaient pas aller dans un CSAPA car elles ne s'identifiaient pas au public qu'ils imaginaient y trouver. En revanche, nous n'avons écarté personne. Chacun des *chemsexers* a rempli cette petite grille avec la totalité des énoncés, qui se voulaient représentatifs de tout ce qui avait été dit par les *chemsexers* lors de la 1ère phase.

Dans le cadre de l'étude APACHES, comment avez-vous recruté les *chemsexers* et réalisé des entretiens avec eux ?

Maitena Milhet : Nous avons mobilisé des informateurs clés susceptibles d'avoir un accès plus facile à des cercles de pratiques de *chemsex* et donc à d'autres *chemsexers*. Nous avons procédé au recrutement avec comme feuille de route de constituer un échantillon diversifié pour ne pas avoir des éléments de pratique très spécifiques.

LES DIFFÉRENTS PRODUITS UTILISÉS DANS LE CADRE DU CHEMSEX

Présentation : Dorian ROLLET

Dorian Rollet est médecin addictologue à l'hôpital Fernand Widal et intervenant au Kiosque Checkpoint. Il a écrit une thèse de médecine sur le *chemsex*.

Les produits utilisés dans le cadre du *chemsex* sont très centrés autour des psychostimulants, mais aussi de certains sédatifs comme le GHB qui vont être utilisés en association. Parmi ces produits se trouvent la famille des cathinones, le GHB ou GBL, la cocaïne, la méthamphétamine, la kétamine et dans une moindre mesure la MDMA, le poppers, le cannabis et l'alcool qui peuvent être utilisés en association. **Ces produits sont souvent très utilisés dans des contextes de polyconsommation.** Afin de pallier les effets indésirables liés aux produits, les usagers rapportent souvent l'usage d'anxiolytiques et de médicaments érectiles tels que le viagra, le levitra, ou le cialis.

- **Les cathinones** sont les dérivées synthétiques de la plante de khat, dont la première synthèse date de 1929. Il s'agit de feuilles toujours traditionnellement mâchées en Afrique de l'Est pour leurs propriétés stimulantes. Présentées sous forme de poudre ou de cristaux, il s'agit d'un objet synthèse qui a des effets sérotoninergiques et dopaminergique et qui agit donc sur la sérotonine et la dopamine. Les effets sont proches de la MDMA, de l'ecstasy et de la cocaïne. La poudre est généralement prise sous forme sniffée mais également sous forme intraveineuse, ce que les usagers appellent le « slam », fumée, par voie orale, et parfois par voie rectale « bump ». Cette substance est plus abrasive que la cocaïne lorsqu'elle est sniffée. Les usagers rapportent consommer entre 50 et 100 mg par prise.

Dorian Rollet souligne que « à l'origine, cette famille de produit a été expérimentée dans le milieu médical sous forme d'antidépresseur, de médicament anorexigène, mais a très vite été abandonnée à cause du risque de mésusage. C'est au milieu des années 2000 que ce produit a été réinvestigé pour ses propriétés stimulantes à visée récréative, surtout au Royaume-Uni, et plus tardivement en Europe autour d'un vide juridique : rien n'encadrerait la consommation de ces substances. Tout un tas de substances ont donc été créées les unes après les autres, en modifiant certains radicaux moléculaires, pour échapper aux lois ».

En effet, **les produits les plus rapportés sont la méphédronne (4-MMC), mais aussi la 3-MMC, la 4-MEC, MDPV, Alpha-PVP, et PHP, ces derniers étant particulièrement stimulants, mais aussi très toxiques au niveau psychiatrique.**

Ces produits sont classés sur la liste des stupéfiants depuis 2012 et sont vendus à peu près 20 euros le gramme, ce qui les rend moins chers que la cocaïne. Ils sont non détectables sur les batteries de toxique urinaire habituelles.

Les effets recherchés par les consommateurs sont la désinhibition psychique, la stimulation physique, l'augmentation du désir personnel et de l'estime de soi. Toutefois, ils sont souvent utilisés en surdosage, ce qui va souvent amener les usagers en milieu de soin dans les services d'urgence, avec des

effets tels que la confusion, tachycardie, hypertension, nausées, sueur, etc. D'autres effets indésirables peuvent être d'ordre psychique ; troubles anxieux et dépressifs, idées suicidaires, troubles du sommeil, épisodes délirants aigus, mais aussi troubles du comportement, hétéro-agressivité, trouble lié à l'hypersexualité.

« Cette famille de drogue, historiquement associée au chemsex, va connaître un phénomène de diffusion dans d'autres catégories de public, renforcé par un développement du marché de dealers classique » explique Dorian Rollet. Historiquement en France, selon l'étude datant de 2014 du CEIP de Paris, il s'agit principalement de HSH avec un âge moyen de 39ans, dans un contexte de polyconsommation généralement sous forme de sachet. Or, depuis 2017, on assiste à une modification des usages des cathinones, avec des consommations non sexualisées lors d'événements festifs LGBTQIA+. Depuis 2020, on assiste à une diffusion des cathinones en dehors du milieu HSH, favorisé par les confinements successifs, pendant lesquels se sont tenus des rassemblements de groupes d'amis associant des HSH familiers du produit et usagers d'autres drogues, lors de soirées peu ou pas sexualisées.

- **Le GHB** est un inhibiteur du système nerveux central qui agit sur les voies de transmission GABA et entraîne des effets sédatifs. Ce produit est soluble dans l'eau, liquide, avec un goût salé et légèrement métallique. Le GHB est interdit en France depuis 1999, interdiction qui survient en 2011 pour le GBL. Le risque de surdosage est important pour les usagers, pouvant provoquer des comas liés à la consommation, avec un risque de décès. Les usages de GHB ont d'abord été expérimentés comme médicament, notamment comme anesthésiant ou encore comme traitement de l'alcoolodépendance, puis expérimentés comme anabolisant par les culturistes dans les années 1980. *«Ce produit est très connu médiatiquement pour l'association à l'alcool comme agent de soumission chimique, qui lui vaut le nom de "drogue du violeur". Dans un cadre festif, le rapport au GHB est tout autre avec un but de relaxation, d'euphorie, de désinhibition, d'augmentation du désir sexuel et de lutter contre les effets des psychostimulants»*, décrit Dorian Rollet. Il existe également le gamma-Butyrolactone (GBL), solvant industriel utilisé après les interdictions du GHB. Ce produit est métabolisé très rapidement en GHB au niveau hépatique et plasmatique, et coûte 10 à 30 centimes la prise. Il est interdit depuis 2011. Les effets pharmacologiques se caractérisent par une pharmacocinétique très rapide. En effet, les premiers effets apparaissent 15 à 30 minutes après la prise, forment un pic au bout de 45 minutes, et durent jusqu'à 4 heures. Le produit disparaît du sang après 6 heures, et de l'urine après 12 heures.

Quand la consommation se déroule en milieu festif, les usager.es prennent de 0,5 à 2 ml à peu près toutes les 1 h 30. **Les risques de surdosage peuvent entraîner la sédation, des troubles de la conscience, une amnésie, un coma hypotonique, un risque accru de nausées, un arrêt respiratoire et de l'épilepsie. Le risque de dépendance est également très fort.**

Enfin, dans le cadre du GHB, le syndrome de sevrage peut entraîner des signes neuropsychiques, mais aussi symptômes physiques tels que des troubles neurovégétatifs, hypertension, tachycardie, sueur, etc. Lorsque de rares cas de complications surviennent, il peut y avoir des épisodes d'illusions, des phénomènes de délirium, de la confusion, une désorientation, ou encore des hallucinations. Ces symptômes peuvent persister jusqu'à 4 semaines après l'arrêt.

- **La méthamphétamine**, très connue aux États-Unis et en Europe de l'Est, s'est diffusée en Europe de l'Ouest via le milieu HSH. Les effets sont puissants, durables, avec un haut potentiel addictif. Ce produit était initialement considéré comme un phénomène de niche, lié au darknet et au tourisme festif HSH. Il se consomme avec une pipe en verre, sous forme de cristaux. Ce produit est extrêmement cher, avec un prix d'environ 200 euros le gramme, bien que le prix actuel ait tendance à diminuer. La méthamphétamine est souvent associée à des complications psychiatriques et cognitives.

- **La kétamine** était initialement un produit plutôt marginal, très associé au milieu festif techno. Elle se présente sous forme de poudre. *«Les usagers rapportent une sensation de rêve éveillé, d'expériences de "hors le corps"»* complète Dorian Rollet, ajoutant que ce produit comporte un risque de coma. Toutefois, on constate en pratique une augmentation de la consommation de ce produit depuis quelques années, comme le montre l'enquête OPPIDUM qui se déroule dans les CSAPA de France chaque année.

Les stratégies de réduction des risques (RDR)

« Les stratégies de RDR sont différentes en fonction des produits consommés. Elles s'appuient principalement sur les CAARUD, qui consistent en la réduction du risque infectieux, l'information, la mise à disposition de matériel, et l'accompagnement dans le geste à l'injection », explique Dorian Rollet. Certaines structures proposent également une analyse du produit consommé par l'utilisateur, lui permettant de s'assurer de sa provenance et de sa composition.

Pour le GHB et le GBL, une politique de RDR spécifique est proposée du fait du risque accru de surdosage, proposant des règles de bonne consommation et l'usage de certaines seringues doseuses.

Par ailleurs, Dorian Rollet ajoute que dans le cadre du chemsex, « il peut y avoir des interactions entre les produits consommés, les antirétroviraux (VIH) et les antiviraux d'action directe qui sont les traitements de l'hépatite C. » Ainsi, il faut être particulièrement vigilant pour les personnes séropositives dans le traitement qu'ils ont pour éviter les surdosages. Par ailleurs, certains traitements et produits de substitution peuvent être proposés, mais ils ne sont pas spécifiques et ne font pas l'objet d'une recommandation.

QUESTIONS DU PUBLIC

Y a-t-il des travaux sur de la substitution – de type aide au sevrage ou subutex – ou sur des molécules qui pourraient aider au sevrage en substituant ?

Dorian Rollet : Cela se regarde produit par produit, chaque produit consommé par les *chemsexers* ne touchant pas du tout les mêmes voies de neurotransmetteurs. Il y a eu des tentatives autour des cathinones avec le bupropion, déjà utilisé en France pour le sevrage tabagique, mais également aux États-Unis pour la dépression. Des *case reports* ont rapporté des effets positifs. Du reste, il n'y a pas vraiment eu d'études quant à l'existence de produits de substitution pour le GHB ou le GBL. Il existe le baclofène, qui a une action au niveau du GABAB. Il s'agit toutefois d'un traitement du sevrage et non pas de maintien de la consommation. C'est justement une difficulté, il n'y a pas de traitement spécifique médicamenteux, et les outils dont on dispose actuellement sont surtout des outils psycho-thérapeutiques et d'accompagnement sociaux.

Certains *chemsexers* positifs au monkeypox connaissent des douleurs très violentes au niveau des pustules et lésions dermatologiques. Le traitement tramadol, conseillé dans ces cas-là, est très problématique quand ils sont consommateurs de cathinones, ce qui provoque un effet speedball. Le mélange des deux, de surcroît pendant un isolement de 21 jours, provoque une explosion de la consommation en solitaire. Est-il possible d'éviter cela ?

Dorian Rollet : En pratique, il n'y a pas encore beaucoup de cas de *monkeypox*. Cela peut concerner certains usagers, mais cela relève plutôt du cas par cas. La consommation de tramadol dans le cadre du monkeypox n'est pas censée persister pendant plusieurs semaines. Une possibilité peut être d'utiliser de la codéine plutôt que du tramadol, mais surtout d'insister sur un accompagnement médical rapproché ou addictologique à ce moment-là. S'il y a vraiment un risque entre consommation de cathinones et de tramadol, c'est que ce sont des gens qui ont des consommations quotidiennes de cathinones ou cocaïne. Ces situations peuvent correspondre à des situations de crise sur le plan addictologique, il ne faut pas hésiter à avoir recours à un avis médical s'il y a un danger et si les gens rapportent certains symptômes.

Il y a des interactions entre les produits et les antirétroviraux, mais y a-t-il des interactions avec la PrEP ?

Dorian Rollet : C'est le cas des antirétroviraux de type BOOSTER, mais ce n'est pas le cas du ténofovir et de l'emtricitabine.

Une des mesures de RDR est de proposer l'analyse des produits. Ne serait-il pas pertinent de rajouter des espaces où l'on peut analyser son produit sur la cartographie présentée par la MMPCR ?

Dorian Rollet : Les accès au testing de produit sont assez difficiles, et disponibles de manière hétérogène.

Marion Serot (MMPCR) : Il est tout à fait possible de rajouter les lieux d'analyse de produits sur la cartographie. L'idée en présentant la cartographie aujourd'hui c'est aussi de pouvoir la compléter.

Dans le cadre d'un sevrage à la cocaïne, l'aripiprazole est mentionné comme produit de substitution. Cela fait débat. En effet, ce produit est un haut pourvoyeur d'addictions aux jeux, augmente les compulsions des TCA, augmente les compulsions au sexe. Ce produit n'est-il pas problématique dans un contexte de *chemsex* ?

Dorian Rollet : Ce produit est à mettre entre parenthèses. L'idée est que l'aripiprazole à faible dose (5mg, ou plus en fonction de la symptomatologie psychiatrique et des comorbidités) aurait un effet pro-dopaminergique, ce qui pourrait calmer des cravings en cocaïne. Mais effectivement, ce résultat est assez équivoque dans les études. L'idée n'est pas de débiter les traitements pharmacologiques systématiquement dans les prises en charge en première intention. Ce produit peut aussi être réservé à des situations d'échec thérapeutique.

Quelles sont les spécificités de l'alpha-PVP en contexte de *chemsex* ? Y a-t-il des choses à mettre en place d'un point de vue psychique et thérapeutique pour mieux accompagner les patients ?

Dorian Rollet : L'alpha-PVP et l'alpha-PPH peuvent provoquer des situations où il y a eu un retentissement psychique et des états délirants aigus qui se sont chronicisés après. C'est un produit très associé à la consommation injectée. Dans cette situation, il faudrait essayer de basculer vers un autre produit, la 3-MMC par exemple, mais cela doit correspondre à la stratégie qui convient à la personne.

CHEMSEX ET SANTÉ SEXUELLE

Présentation : Muriel MEHDAOUI

Muriel Mehdaoui est arrivée en 1992 en tant d'éducatrice spécialisée à l'hôpital Marmottan. Elle est actuellement sexothérapeute spécialisée dans la cyberpornographie et le *chemsex* à l'hôpital Marmottan, au sein du service addictologie du docteur Mario Blaise. Elle est également bénévole au Spot Beaumarchais (Centre communautaire de santé sexuelle - AIDES) lors des soirées dédiées au *chemsex*. Par ailleurs, le docteur Mario Blaise et elle-même ont donné deux formations pour Sida Info Service, et pour la *post-cure* d'Apte créée par Kate Barry.

Elle reçoit à l'hôpital des *addicts* sexuels, cyberaddicts au porno en ligne et aux sites de rencontre, et maintenant principalement des *chemsexers*. À titre d'exemple, **en 2019, sur 224 personnes reçues, 85 étaient des chemsexers**. En 2014, elle explique avoir vu l'arrivée de quelques *chemsexers* non identifiés comme tels. En 2015, les consommateurs étant de plus en plus nombreux à se rendre à l'hôpital Marmottan, l'équipe médicale a su de mieux en mieux comment les accueillir : *« on les mettait dans une pièce, les écoutait dans le calme. Il faut éviter le stress, adopter une attitude maternante, rassurante, ne pas aggraver les inquiétudes, hydrater, si possible faire manger »*.

L'importance d'un réseau efficace

En 2016, elle termine alors sa formation de sexothérapeute, ce qui l'amène à rencontrer d'autres structures et se rapproche du CAARUD Dussoubs, dirigé à l'époque par Renaud Delacroix, où des soirées dédiées au *chemsex* ont lieu le jeudi soir à partir de 20h. Départ de ce qui va devenir une expérience incroyable pour elle, et de la création d'un réseau. À titre d'illustration, Muriel Mehdaoui cite deux situations qu'elle a vécues dans son parcours de soignante. En 2018, deux personnes différentes (le responsable du Spot, et Fred Bladou) lui parlent consécutivement d'un homme de 20 ans, en situation de rue, sans famille, qui consomme du GHB toute la journée, associé à de l'alcool. Elle en parle alors au docteur Blaise. Cette situation est difficile, car un sevrage du GHB peut être mortel quand l'arrêt est brutal. Le jeune homme a tout de même été hospitalisé et s'en est sorti. Selon elle, cette expérience montre **l'importance d'un réseau, de la mobilisation des acteurs et de la confiance qui doit être présente entre les acteurs, qu'ils soient associatifs, médicaux, ou pair-aidants**.

La reprise d'une sexualité sans produit et les questions de consentement dans le chemsex

« Les patients que nous recevons doivent accepter que toutes les choses sont faisables sans chems, et que la temporalité et le nombre de partenaires ne sont pas les mêmes. Ils doivent réapprendre à se caresser, à prendre possession de leur corps, essayer de faire remarquer la «boîte à fantasmes» », explique Muriel Mehdaoui. Elle conclut son intervention en parlant des questions de consentement, qui comptent parmi les sujets les plus sensibles de cette société et surtout dans la pratique du chemsex, où des jeux de domination-soumission sont très

« Les patients que nous recevons doivent accepter que toutes les choses sont faisables sans chems, et que la temporalité et le nombre de partenaires ne sont pas les mêmes. Ils doivent réapprendre à se caresser, à prendre possession de leur corps, essayer de faire remarquer la «boîte à fantasmes» »

fréquents. La drogue altérant la réactivité des usagers, ces derniers sont moins aptes à affirmer ou non leur consentement et des cas de viol peuvent arriver. **Il est encore plus difficile pour une personne de se rendre au commissariat pour porter plainte à ce sujet lorsque le viol ou l'agression a été commis dans le cadre d'un plan à plusieurs sous drogues.**

CHEMSEX ET SANTÉ MENTALE

Présentation : Maïté ILIEFF

Maïté Ilieff est psychiatre addictologue et médecin coordinateur du CSAPA Paris19^{ème}, à La Villette, de l'association Addictions France.

L'addiction et les troubles psychiatriques liés à l'addiction

Maïté Ilieff commence par définir l'addiction comme une **«relation de dépendance à un produit ou à un comportement, relation de dépendance qui provoque une perte de contrôle, une consommation compulsive malgré les effets négatifs qui s'installent avec le temps, car le soulagement ressenti par la personne lors des consommations est plus important que les risques»**. Elle définit ensuite le **craving** comme une **envie irrésistible de consommer**. Il peut s'installer un phénomène de tolérance, avec un besoin de prendre des doses de plus en plus importantes pour ressentir la même sensation. Il y a parfois, aussi, un phénomène de sevrage, avec des signes de manque lors de l'arrêt des consommations. Il s'agit surtout **de partir de la demande de la personne**, de son vécu subjectif et des difficultés qu'elle a identifiées pour **aller vers les objectifs qu'elle souhaite mettre en place, que ça soit la réduction des consommations ou l'abstinence**.

«Il faut prendre conscience qu'on est inégaux face aux addictions, selon nos bagages individuels et environnementaux, et que ce n'est pas qu'une question de volonté». Selon Maïté Ilieff, il existe différents facteurs favorisant les addictions ; **les facteurs environnementaux**, tel que l'âge des premières consommations, mais aussi **« la question des traumatismes précoces (perte d'une figure d'attachement, maltraitance...) qui conduit à considérer l'addiction comme un moyen d'y faire face »**. Il existe également des **facteurs culturels et familiaux, avec la disponibilité des produits, et la banalisation de certaines consommations** telles que l'alcool en France ou les cathinones dans le milieu gay. Elle mentionne également **la part relative au produit** : **«chaque produit a un potentiel addictif différent, qui va influencer le risque de transition de l'usage simple et occasionnel, vers l'addiction»**. Chaque produit a aussi un effet spécifique et apporte un type de soulagement que la personne va rechercher plutôt qu'un autre. Enfin, il y a **une part individuelle** : **«la génétique détermine de nombreux facteurs neurobiologiques qui vont influencer l'expérience individuelle de la prise d'un produit, et donc favoriser ou non le développement**

d'une addiction. Et du côté psychologique, il existe différents traits de personnalité, qui sont des facteurs de risques pour développer une addiction ; impulsivité, recherche de sensation, prise de risque, présence de troubles psychiatriques ».

Maïté Ilieff énonce ensuite quelques mécanismes neurobiologiques qui sous-tendent l'addiction.

- **L'hyper-sollicitation du système de la récompense**, système responsable du plaisir, de l'euphorie, mais aussi de soulagement lors de situations de souffrance chronique : **« Lors de la prise de produit, il y a un relargage intense de dopamine dans le cerveau, trois à cinq fois plus que lors d'activités plaisantes du quotidien »**. Cela stimule aussi le système de la mémoire qui permet de se rappeler de cette expérience agréable, et enfin le circuit de la planification afin de renouveler l'expérience. **«Ce renforcement du système de récompense est d'autant plus fort dans le chemsex, la prise de produit étant associée à la pratique sexuelle, et aux applications, autant de stimuli plaisants qui se potentialisent»**, explique Maïté Ilieff.
- **Le système de stress**, qui se met en place à l'installation de la tolérance et de l'accoutumance. La personne est amenée à augmenter les doses de produits pour obtenir le même effet plaisant mais avec des sensations de manque et des contrecoups de plus en plus importants. Peu à peu, le stock de dopamine dans le cerveau va s'épuiser. La personne consommera alors pour compenser ce déficit et pour essayer de se sentir bien. On parle de renforcement négatif : **«c'est consommer pour compenser le contrecoup des consommations »**.
- **La défaillance du contrôle inhibiteur**, qui consiste en la difficulté à réfréner une action. **«Cette défaillance est responsable de la perte de contrôle, des difficultés à résister au craving, de l'impulsivité dans la prise de décision et dans la recherche de produit»**. Pour aider à remettre en place ce contrôle inhibiteur, il faut identifier les différents déclencheurs des envies de consommer, et mettre en place des stratégies de prévention de la rechute.

Enfin, il existe 3 pathologies psychiatriques à aborder dans le contexte des addictions. Il peut s'agir d'un état antérieur à l'addiction, ou d'un état provoqué par la prise de produit.

- **La dépression** est un déficit en neurotransmetteurs (sérotonine et dopamine). Elle provoque différents symptômes tels que la tristesse, l'anxiété, l'irritabilité, le manque de motivation, la perte d'envie et de plaisir... Il est important d'évaluer le risque suicidaire et les conduites ordaliques. Il est possible de proposer des antidépresseurs, mais les interactions avec la prise de produit rendent souvent ce traitement inefficace.
- **Les états délirants** peuvent être entraînés par certains produits plus à risque (cannabis, crystal met). Ils peuvent être transitoires, mais peuvent s'installer et persister à l'arrêt des drogues. Ils se manifestent par des hallucinations acoustico-verbales, des idées de persécution, des angoisses, des troubles du sommeil. Un traitement neuroleptique peut être proposé, à visée curative comme préventive. Cependant, il doit être réévalué à distance car il est parfois lourd.
- **Le psychotrauma** est une conséquence psychologique d'un ou plusieurs événements traumatiques. Un événement traumatique est une exposition à la mort, un vécu de danger imminent, le fait de vivre l'impensable. Les agressions sexuelles sont les plus pourvoyeuses de psychotrauma. Ces événements, du fait de la sidération du psychisme au moment des faits, ne sont pas traités par le cerveau, ce qui provoque plusieurs symptômes : reviviscences (flashbacks la journée et cauchemars la nuit), hypervigilance anxieuse, conduite d'évitement, épisodes de dissociation. C'est la dissociation qui peut provoquer une amnésie partielle ou totale des faits. Il existe deux types de psychotrauma : trouble de stress post-traumatique « simple » ; lorsque la personne a été exposée à un événement unique, et le traumatisme complexe, lorsqu'elle est exposée à des violences répétées. Ce dernier «entraîne des modifications complexes et durables dans la personnalité de la personne, dans son rapport au monde, et dans les relations avec les autres», explique Maïté Ilieff.

L'accompagnement psychothérapeutique des chemsexers

«Les parcours de vie sont très variés, chaque personne est singulière, mais j'ai pu observer que les chemsexers sont amenés à traverser des problématiques systémiques, notamment en lien avec l'homophobie», commence Maïté Ilieff. L'homophobie, comme toute discrimination, a un impact majeur sur la santé mentale, puisque nous sommes dans une société encore très hétéronormée. Il est important, en tant que soignant.e, d'avoir conscience des mécanismes de domination et de discrimination qui traversent notre société afin de pouvoir accompagner les personnes dans la reconnaissance et la réparation des violences subies. Mais aussi afin de questionner la posture de soignant. Il est donc utile de s'informer sur

« Les parcours de vie sont très variés, chaque personne est singulière, mais j'ai pu observer que les chemsexers sont amenés à traverser des problématiques systémiques, notamment en lien avec l'homophobie »

le travail des associations militantes qui mettent à jour ces rapports de force, et qui, par leurs engagements, représentent des voies d'émancipation pour dépasser le statut de victime. Les militant.es et les chercheur.euse.s développent également des outils théoriques intéressants pour aider à

penser ces problématiques telles que l'intersectionnalité, les identités queer...

« Les chemsexers ont souvent été confrontés à des événements difficiles en lien avec leur orientation sexuelle, identité de genre ou statut sérologique ». Ils rapportent souvent avoir été victime de harcèlement scolaire, de sérophobie dans leur vie affective, au sein de la communauté gay et de la société. Le *coming out* familial est parfois vécu comme un événement difficile, un moment de vulnérabilité. De plus, selon le lien qu'ils ont avec leurs familles, leurs conditions matérielles, la précarité, le *coming out* familial n'est pas toujours possible. Alors qu'il y a parfois une injonction au *coming out* au sein de la communauté gay. Certains n'en ressentent pas la nécessité non plus. Enfin, le *coming out* se fait souvent en plusieurs étapes, auprès de la famille, des ami.es, au travail, dans les loisirs. Autant de moments qui peuvent fragiliser.

Etre homosexuel c'est donc devoir renoncer à la norme de l'hétérosexualité, à chaque étape de la vie, à différents âges et dans différents contextes. C'est devoir contredire la présomption d'hétérosexualité et

s'exposer au stigmate d'une forme d'anormalité (dans le sens d'une sortie de la norme). **C'est un parcours éprouvant qui peut être à l'origine de ressentis de honte, de culpabilité, de perte de l'estime de soi en lien avec une homophobie intériorisée.** Parfois l'homosexualité est vécue tardivement ou reste cachée longtemps.

La communauté gay a une place importante dans ce parcours et la construction de l'identité. Elle offre en effet des lieux de socialisation safe et des figures positives d'identification. *« Mais, comme dans tout groupe humain, il existe aussi des normes dans la communauté gay, avec des injonctions à la beauté, des corps normés, jeunes, des rencontres en milieu festif et urbain, et un certain rapport à la sexualité. Il y a donc une reproduction de rapports de force au sein même de la communauté gay qui exclut certaines personnes qui ne se retrouvent pas dans ces normes-là. Bien sûr, certains de ces rapports de force sont parfois des manières de réparer les attaques homophobes, de retrouver une forme de virilité, comme par exemple l'injonction à la performance dans la sexualité. Et les produits viennent parfois faciliter l'évolution dans le milieu gay et compenser les difficultés notamment le manque de confiance en soi, les difficultés dans la séduction, la peur du rejet, les difficultés dans la sexualité gay... »* ajoute Maïté Ilieff.

Pour toutes ces raisons, **ce sont des personnes qui sont particulièrement exposées à la solitude. La solitude peut être une des causes mais aussi une conséquence du chemsex.** La solitude est souvent liée au parcours de vie, et ce dès l'enfance avec le harcèlement scolaire. Pour vivre librement son homosexualité, il y a parfois le besoin de partir des lieux d'origine, ce qui provoque un éloignement et un manque ou une perte des groupes de soutien, surtout lors d'un rejet familial. Le rejet familial peut être franc, notamment lors du *coming out*, mais aussi plus insidieux avec des interdits tacites, l'impossibilité pour la personne de parler de sa vie intime. Le *chemsex*, et les applications, sont des moyens de socialisation et de rencontre permettant de briser cette solitude. A cause de toutes ces difficultés, les personnes développent souvent un attachement de type insécure avec des blessures de rejet et des angoisses d'abandon. Ce qui va complexifier le rapport à la relation amoureuse, souvent idéalisée, et à la sexualité, sans engagement, pour se protéger du risque de rejet, et pourtant sous-tendue par une recherche affective, un besoin de réparation.

QUESTIONS DU PUBLIC

Comment expliquer les délais de prise en charge des personnes, souvent extrêmement longs ?

Maïté Ilieff : Tous les lieux de soins, pour le *chemsex* comme pour l'addictologie en général, sont saturés. Les moyens ne sont pas présents en France pour accompagner correctement les personnes qui souffrent.

Au sujet de la stigmatisation, des problèmes de consentement et d'agressions sexuelles : n'est-il pas possible d'interpeller les pouvoirs publics ou de faciliter la formation des agents municipaux et de la police nationale pour mieux prendre en charge ces problèmes, et permettre aux personnes agressées d'avoir recours au droit commun ?

Maïté Ilieff : La justice manque aussi de moyens et cela nécessiterait des formations et des sensibilisations. Il y a d'un côté le besoin de réparation et de reconnaissance par le parcours judiciaire qui doit être facilité, mais aussi la réparation qui va arriver par le travail psychothérapeutique. C'est pour cela qu'il est très important de se former aux psychotraumas, qui sont très fréquents en addictologie.

LA RÉDUCTION DES RISQUES EN CONTEXTE DE CHEMSEX

Intervenant.es :

Fred BLADOU, Chargé de mission chez AIDES

Catherine DUPLESSY, Directrice de Safe

Laurent PASSALACQUA, Président de AIDES Occitanie

Fred BLADOU

Réduction des risques, chemsex et VIH

Pour Fred Bladou, l'historique entre les associations VIH et le chemsex est simple, les premiers chemsexers étant arrivés avec des contaminations VIH ou VHC. Cela explique le fait que ce soient les associations sida qui soient les premières à s'emparer de la thématique. La définition du chemsex fait consensus au sein des associations communautaires et des acteur.ices engagé.es sur la réduction des risques (RDR) : **« Il ne s'agit plus d'une pratique d'usage de drogue, il s'agit d'une pratique sexuelle, identifiée comme telle au sein de certains groupes et certaines communautés, dont la communauté gay »**. Sur les applications de rencontres gay, 90 % des sollicitations concernent le chemsex. Il ajoute qu'entre 10 et 20 % des gays auraient déjà expérimenté le chemsex. *« Ce n'est pas un phénomène anecdotique [...]. C'est fini la période où le chemsex était un truc que les mecs de 45 ans séropositifs depuis très longtemps, expérimentaient pour essayer d'alléger les problématiques et les souffrances d'avoir vécu des stigmates liés au VIH »*.

Ainsi, pour Fred Bladou, *« le chemsex ne peut plus se traiter comme une problématique de drogue ou une problématique de sexualité, mais bien comme les deux en même temps »*. Il établit plusieurs constats sur cette problématique. D'une part, une culture de la drogue peu connue, qui soulève la question de l'hyperconsommation et la difficulté à gérer ou contrôler ses consommations. D'autre part, il soulève la question du système répressif : *« le système prohibitionniste français ne nous aime pas »*, cumulé à l'homophobie de la société française : **« réduire les stigmatisations et les discriminations en direction des chemsexers est une priorité »**.

Il estime que **l'offre pluridisciplinaire, pourtant essentielle en matière de RDR, est aujourd'hui insuffisante en France, entraînant des délais d'attente extrêmement longs** : *« l'offre pluridisciplinaire, c'est offrir des approches diversifiées et des stratégies*

d'intervention en fonction des besoins exprimés par les usagers, qu'ils soient en santé sexuelle, en prévention, en techniques d'injection, en connaissance des produits ». Il ajoute que *« le chemsex, ce sont de nouveaux produits, de nouveaux usages, et surtout de nouveaux contextes de consommation. On ne peut plus les traiter comme c'était le cas dans les CAARUD ou les CSAPA depuis des années et des années »*. Pour pallier l'insuffisance de l'offre médicale, *« les associations et l'autosupport communautaire peuvent dans un premier temps répondre à des besoins »* en termes de prévention sexuelle, RDR drogue, et orientation vers le soin.

Au sujet du traitement médical des personnes séropositives, il estime qu'il *« faut ramener vers le soin les personnes séropositives, même quand elles ont une charge virale indétectable et qu'elles se portent très*

bien. Cela ne suffit pas pour savoir si l'on a d'autres besoins ». Aussi, **la réduction des risques sexuels consiste à développer une prise en charge dans les centres de santé communautaires et pluridisciplinaires, développer une approche permettant d'identifier des soignant.es formé.es à ces bonnes pratiques et à ces publics**. Surtout, il est nécessaire de changer les

paradigmes de prévention et inciter au dépistage tous les trois mois pour le VIH, hépatites et IST : *« c'est le seul moyen de faire baisser la charge virale communautaire et la dynamique épidémique dans ces groupes [...]. Laisser un chemsexers sans faire de bilan sanguin pendant 8 mois, c'est autant de personnes qui seront infectées à des maladies sexuellement transmissibles »*. Le développement des méthodes biomédicales telles que TasP ou la PrEP doit devenir une règle. Sur la réduction des risques liés aux drogues, Fred Bladou souhaite pousser plus loin les stratégies innovantes en favorisant la mise à disposition d'outils de réduction des risques dans les saunas ou backrooms gays, et de prioriser l'accompagnement à l'injection.

« Non seulement il y a un problème d'accès à la réduction des risques, mais quand on parle de *chemsex*, on ne parle pas que de la réduction de risque habituelle, nous avons aussi la **nécessité de développer une RDR spécifique** », explique Catherine Duplessy. Pour les *chemsexers*, **l'accès aux matériels est problématique et des difficultés persistent et se cumulent** : les questions d'anonymat et de discrétion, les questions de jugement, et les questions d'accès au matériel en quantité adaptée. En effet, certain.es usager.es ne souhaitent pas être identifiés.es comme usager.es de drogues en allant dans des CSAPA ou CAARUD. D'autres se sentent jugés.es lorsqu'ils se rendent en pharmacie pour récupérer du matériel de réduction des risques. Enfin, la quantité de seringues nécessaires à une soirée *chemsex* peut être à hauteur de plusieurs centaines, ce qui est difficile à trouver en pharmacie ou dans les structures.

Chez Safe, quelques outils sont explorés pour développer une RDR spécifique aux *chemsexers* : « On ne peut le faire qu'à condition de travailler collectivement avec des professionnel.les de RDR, mais aussi des usagers qui vont permettre de vérifier la pertinence et l'acceptabilité de ce qui va être mis en place. Il faut aussi travailler avec des équipes de recherche sans qui on n'aurait pas le recul nécessaire, et bien évidemment des laboratoires et entreprises partenaires » explique Catherine Duplessy.

D'une part, Safe a travaillé sur une amélioration de l'accès au matériel de consommation grâce à **un programme « réduction des risques à distance »**, qui consiste en l'accueil et l'accompagnement par téléphone et mail, l'orientation des usagers et l'envoi de matériel de réduction des risques par la poste en quantités adaptées. Cela permet aux usagers de ne pas être dépendants de la personne qui doit amener le matériel dans le groupe. Ce programme est gratuit et garantit la confidentialité des échanges.

D'autre part, **Safe travaille sur un renforcement du dispositif d'automates de réduction des risques, dont l'accès est anonyme et sans jugement.** Le dispositif d'automates parisien est très utilisé par les *chemsexers* : à Paris, plus de 65 % des seringues usagées récupérées contiennent des cathinones. Concernant l'accès au matériel, Catherine Duplessy

explique avoir dû adapter la palette aux besoins des *chemsexers* : « Il y a des outils que nous proposons aujourd'hui que nous ne proposons pas avant d'accueillir les *chemsexers* », tels que les préservatifs, gels lubrifiants, matériel de fist, désinfectants pour toys, mais encore du matériel d'injection et de consommation : kit plug, kit d'atomisation nasale, pipe universelle pouvant être utilisée pour tous les types de produits. Du matériel de dosage et de pesée est également proposé pour limiter les problèmes de surdosage, matériels qui doivent absolument intégrer la liste des outils recommandés. Enfin, les *chemsexers* peuvent disposer de matériel permettant d'identifier leurs propres outils : gommettes de couleurs, garrots de couleur, champs de soin pour délimiter un espace de consommation.

Par ailleurs, la RDR consiste également au renforcement des savoirs et savoir-faire des usagers, à leur autonomisation. Cela se traduit par la mise à disposition d'outils et livrets « expert RDR » qui présentent les matériels, l'injection, spécifiquement pour les *chemsexers*. Des séances à distance d'éducation à l'injection seraient bénéfiques, et l'association souligne l'inadaptation du cadre réglementaire qui ne le permet pas dans ce contexte spécifique.

Enfin, Safe propose des dépistages à distance pouvant être réalisés par la personne chez elle, sous forme d'autotest ou de test buvard permettant d'avoir un dépistage combiné du VIH, des hépatites B, C et de la syphilis.

Laurent PASSALACQUA Président de Aides Occitanie

Laurent Passalacqua fait une présentation sur le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB) et l'aller-vers, pour les *chemsexers* isolés ou éloignés du soin. Il commence par établir plusieurs constats : **l'offre pluridisciplinaire est insuffisante en disponibilité et inégalement répartie sur le territoire ; les usagers sont en incapacité de se reconnaître en tant qu'usagers de drogue, et le recours aux structures est tardif**, seulement une fois l'apparition de symptômes ou des problématiques avancées.

Le RPIB est une méthode d'intervention qui vise à la modification d'un comportement, et qui permet d'orienter vers un dispositif ou une prise en charge adaptée, en accord avec les besoins exprimés par un usager. Cette méthode « vise à influencer positivement le parcours d'une personne sur la base de la perception d'un risque ou d'un dommage pour chercher à l'y soustraire en lui proposant une intervention que l'on sait efficace », détaille Laurent Passalacqua. **Cela repose sur la bienveillance, l'empathie, l'écoute, la compréhension, dans le but de favoriser l'autonomie des personnes.**

Certains citoyens ne sont pas en mesure d'accéder au soin et à la prévention, c'est pourquoi **il faut développer l'aller-vers, aller à leur rencontre**. Cela s'appuie sur une éthique respectueuse du libre arbitre des personnes qu'on souhaite accompagner. L'aller-vers ne concerne pas que les personnes vivant dans la rue ou en situation d'extrême vulnérabilité, mais aussi pour toute personne ou collectif isolé rencontrant des difficultés à accéder à l'ensemble de ses droits. **Aides a développé différents outils d'aller-vers, par le biais de dispositifs d'écoute et de soutien à distance** : « Notre objectif est de permettre aux personnes pratiquant le *chemsex* de manière active tout comme à ceux en arrêt de consommation de rompre l'isolement, d'être écouté, soutenu, orienté, et répondre à leurs questionnements dans un contexte non jugeant. »

Cela se matérialise par un groupe Facebook «*Info chemsex (by Aides)*», où sont postées des informations sur la RDR, les problématiques liées à la reprise, au contrôle ou à l'arrêt du *chemsex*. Aides dispose également de lignes WhatsApp et Signal, qui permettent une réponse individualisée en moins de 24h, de l'écoute, du soutien, de l'information et une réorientation vers le soin. Il y a également une ligne Telegram qui se destine aux consommateurs actifs souhaitant de l'autosupport et du soutien sur une messagerie chiffrée, avec une utilisation anonyme. Enfin, Aides organise des groupes d'autosupport tous les jeudis de 17 h 30 à 19 h 30. Cet automne,

un autre groupe Facebook va être créé à destination des intervenant.es de santé pour améliorer leur pratique professionnelle, leurs compétences et connaissances sur le *chemsex*. Toutes ces offres permettent d'avoir les clés

pour que la consommation des *chemsexers* soit la plus éclairée possible, dans le but qu'aucun *chemsexer* ne soit pas accompagné.

QUESTIONS DU PUBLIC

Comment travaillez-vous sur les applications de rencontre ?

Laurent Passalacqua : Nous sommes sur les applications géolocalisées de rencontre. D'une part par des post sponsorisés qui nous permettent de faire la promotion des services que l'on propose. D'autre part, en ayant des profils sur *Grindr* qui nous permettent de faire de la réduction des risques, quand *Grindr* nous laisse le faire et ne coupe pas les comptes.

Fred Bladou : En effet, nous rencontrons parfois des problèmes sur ces applications, même en payant des annonces sur des sites de rencontres. Par exemple, nous n'avons pas le droit d'utiliser certains termes : *chemsex*, drogues. Les sites se réfugient derrière la loi de 1970 et disent risquer de voir leur site fermé pour incitation. On sait que c'est le principal vecteur de recrutement de *chemsexers*, que les plans sont diffusés et répandus sur ces applications, et pourtant, il y a un vrai silence. La DGS s'est engagée à convoquer les correspondants français de tous ces sites pour qu'il soit possible d'y faire de la RDR.

En tant que professionnelle de santé indépendante, vers quelles structures puis-je m'orienter pour m'informer ?

Fred Bladou : Il y a quelques ouvrages de référence, tel que le guide édité par le Respadd par exemple. Il est aussi possible de se rapprocher des associations et d'y obtenir des informations sur la réduction des risques. Par ailleurs, Aides propose des formations sur ces sujets.

Comment trouver les adresses vers lesquelles on peut orienter les patients pour leur assurer trouver les quantités de seringues qu'ils cherchent ?

Catherine Duplessy : Dans certains CAARUD et CSAPA, il est possible de trouver le matériel en quantité suffisante. Ce n'est pas le cas partout pour plusieurs raisons. Cela ne provient pas systématiquement de la mauvaise volonté des équipes. Parfois, les budgets de matériel de RDR sont insuffisants, ce qui conduit à limiter le nombre de seringues données par manque de moyens et de stock. Il y a ensuite la partie « morale » ; dans un certain nombre d'endroits, le nombre de seringues hebdomadaire est limité par usagers, comme si réduire le nombre de seringues données allait réduire le nombre d'injections. On sait que cela ne fonctionne pas. Aussi, certains CAARUD ne sont pas dotés de manière suffisante, ne serait-ce parce qu'ils n'avaient pas l'habitude d'avoir un public qui leur demande ces quantités. À Safe, qui est une toute petite structure, on sort chaque année plus de 700 000 seringues de nos locaux. C'est colossal. Cela demande une logistique très importante, avec un service de RDR à distance qu'on a dimensionné pour pouvoir le faire.

Fred Bladou : Dans certaines antennes de Aides très identifiées *chemsex*, on connaît certains usagers qui sont organisateurs de partouzes. Il est prévu avec eux de leur donner les stocks nécessaires. En même temps, ce sont des gens que l'on connaît, que l'on a identifiés, des « usagers experts » qui peuvent aussi servir à amener de bonnes pratiques, inciter les autres à se faire dépister, etc. Il ne faut pas que le matériel soit gaspillé.

Dans quelle mesure est-il possible de s'appuyer sur des « usagers relais », dans le cadre de l'accompagnement et de soutien moral entre pairs ?

Fred Bladou : Cela se fait au travers des dispositifs d'écoute physiques (lieux d'accueil Aides), mais aussi en ligne (pages Facebook, WhatsApp, Telegram). C'est très important, car on travaille beaucoup sur la réduction des risques, mais pas assez sur les descentes et l'état dépressif qui suit les longs week-ends de consommation. Malheureusement, il est impossible d'organiser ces suivis dans le cadre de véritables rapports humains car nous n'avons pas assez de militants par rapport au nombre de chemsexers dans ce pays. Certaines situations sont compliquées. Nos militants sont des experts en matière de réduction des risques, mais c'est très compliqué d'intervenir sur quelqu'un en crise de paranoïa ou psychotique. On ne peut pas envoyer quelqu'un systématiquement pour des raisons de sécurité. C'est la raison pour laquelle on intervient d'abord à distance et, s'il y a une urgence vitale, on oriente vers des services compétents (pompiers...).

Les « patients experts » ne pourraient-ils pas avoir un rôle plus important dans les parcours de soin ?

Fred Bladou : À l'époque de l'hécatombe du VIH, il était compliqué d'accueillir dans les services d'infections les usagers de drogue qui se contaminaient en masse. Souvent, à l'époque, il y avait des expériences de patients experts. Mais face à l'ampleur du phénomène chemsex, cela pose aussi une question des financements : on n'a pas assez d'argent et de masse militante.

Catherine Duplessy : Non seulement il n'y a pas d'argent, mais être patient expert en addictologie revient à signer un contrat de travail avec pour base d'être soi-même consommateur de drogues, or la loi de 1970 rend périlleux de leur conférer un tel rôle et cela induirait d'impliquer les anciens consommateurs. Cela ne nous empêche pas, associations militantes, de trouver des stratégies pour impliquer ces personnes, et leur expérience reste indispensable. Il faut également que les personnes qui consomment toujours des drogues puissent jouer aussi un rôle d'expert.

TABLE RONDE

Animée par :

Nicolas DERCHE, Directeur du Checkpoint

Intervenant.es :

Narcotiques Anonymes

Iris BICHARD, Chargée de mission de recherche et praticienne en réduction des risques

Sophie TOURNOUËR, Psychologue au CSAPA Monceau

Antoine ELISA, Coordinateur chez Aides

PRÉSENTATION DES INITIATIVES ET INNOVATIONS INSPIRANTES SUR LE *CHEMSEX*

Cette table ronde permet de conclure cette conférence par la présentation d'expériences innovantes.

Présentation du SPOT Beaumarchais

Antoine Elisa démarre le tour de table par la présentation du **SPOT Beaumarchais**, ouvert en 2016, qui organise **des soirées dédiées au chemsex hebdomadaires et mobilise de ce fait l'auto-support et l'accompagnement par les médiateurs en santé pair**. À la base, ce « lieu ressource » dédié à la santé communautaire avait été pensé pour dispenser de la PrEP pour la communauté HSH. En 2016, la RTU sur la PrEP a poussé à la réorientation du lieu, alors même que d'importantes difficultés liées à la pratique du *chemsex* augmentaient parmi les militants et le public accueilli. Ce lieu est donc intuitivement devenu un lieu de réponse et d'offre sur cette problématique. Le SPOT est composé d'une équipe d'accompagnateurs et accompagnatrices communautaires, qui propose des soirées d'accompagnement entre pairs et par les pairs, sous différentes modalités. Il y a trois différentes soirées organisées ; une pour les consommateurs qui veulent se retrouver et discuter des consommations ; une pour les abstinents ou personnes souhaitant l'être ; et enfin un temps collectif le vendredi soir pour éviter, à l'approche du week-end, de retomber dans une dynamique *chemsex*, et proposer un temps convivial avec les autres usagers. Fin 2021, s'est ouverte une antenne avec des collègues du 190 (centre de santé sexuelle communautaire) proposant une offre pluridisciplinaire et médicalisée, tous les mardis au vendredi soir de 14 à 19h, où les usagers peuvent être pris en charge par les équipes médicales et accompagnateurs du SPOT.

Présentation des groupes d'autosupport LGBTQIA+ de Narcotiques Anonymes

Un membre de **Narcotiques Anonymes** poursuit par une présentation des groupes d'autosupport LGBTQIA+ organisés au sein des Narcotiques Anonymes, association née aux États-Unis dans les années 1950 et créée en France en 1986. L'association est composée de personnes ayant un problème de dépendance, consommant encore ou ayant arrêté. **Sont organisés des groupes de parole et réunions au cours desquelles chacun est invité à parler de ses difficultés avec la drogue et de son expérience de vie sans drogue.** Partant d'un constat, au niveau mondial et français, de la sous-représentation de certaines catégories de personnes dans l'association, il existe en France depuis 2006 des **sessions spécifiques LGBTQIA+**, permettant d'être une porte d'entrée pour les personnes craignant le rejet. Aujourd'hui, il y en a cinq en France, dont trois à Paris. Certaines réunions se tiennent en ligne. Narcotiques Anonymes se base sur un système de soutien et d'autosupport grâce à la création d'une communauté soudée, et d'un outil de parrainage entre un abstinent et quelqu'un souhaitant l'être. Pour compléter, un autre membre de Narcotique Anonyme témoigne de sa propre expérience de *chemsexer* ayant poussé la porte des réunions spécifiques LGBTQIA+ des NA : « *Comme beaucoup de chemsexers, j'ai cherché une communauté dans le chemsex qui devait réparer des choses que je n'arrivais pas à vivre dans la société et dans la communauté LGBT qui pouvaient être blessantes à mon égard. J'ai retrouvé chez les narcotiques anonymes une communauté positive, acceptante, qui m'a soutenu* ». Au sujet des réunions spécifiques, il souligne : « *J'ai poussé la porte d'une réunion LGBT, justement parce qu'elle était LGBT. Je ne pense pas que je serai allé à une réunion non LGBT des Narcotiques Anonymes au départ* ». Il aborde ensuite le sentiment de honte que peuvent ressentir les chemsexers à parler de leur problématique, les freinant parfois à engager un parcours de soin : « *J'étais*

incapable de pousser la porte d'un centre médical. Aux Narcotiques Anonymes, je n'avais pas de regard professionnel ou hiérarchisant sur moi, j'ai pu parler de ce que je vivais, recevoir des conseils ».

Nicolas Derche revient sur l'importance des groupes d'autosupport et de la solidarité qui en naît, maillon essentiel du parcours de soin et de santé. Il interroge les intervenants, à la fois au SPOT et aux NA, sur les apports de l'approche communautaire dans le parcours de santé et de soin des personnes.

Les animations de groupe

Antoine Elisa explique que c'est le principe d'action d'Aides, ce qui structure toute l'activité du SPOT en particulier. Les animations de groupe sont faites par des militants de l'association, qui ont fait face à ces difficultés. *« On construit un savoir expérientiel, c'est ce qui peut amener une adhésion des gens qu'on accompagne. **Sans faire d'opposition avec une approche médicalisée, le support entre pairs vient en complémentarité** ».* Un membre de Narcotiques Anonymes ajoute : *« Arriver dans une communauté de « patients experts » qui pouvaient me conseiller d'égal à égal est une opportunité incroyable [...] La réparation communautaire était pour moi très importante »,* notamment grâce à l'outil de parrainage.

Consultations «réduction des risques»

Iris Bichard poursuit le tour de table par la **présentation des consultations « réduction des risques » qui ont été mises en place à l'hôpital Saint-Louis**, au sein du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales. Le service a une file active de 4 500 patients séropositifs, et 3 500 patients prenant la PrEP. Une montée en puissance de cette pratique a été constatée et le service s'est organisé en conséquence. En 2019, un parcours de soin dédié a été mis en place selon une méthode basée sur la réduction des risques et la conduite d'entretiens motivationnels. Le travail engagé est différent selon les pratiques et les personnes, et est basé sur le non-jugement : *« le principe est d'accompagner les personnes en fixant à chaque consultation un objectif, de réévaluer ce dernier en fonction de ce qui a fonctionné, et de proposer des moyens d'action très concrets »,* explique Iris Bichard. Ce parcours de soin global a lieu dans un même lieu de soin, avec des médecins infectiologues, des infirmières formées, une psychologue, une psychiatre, et un sexologue. Environ 200 patients sont suivis.

La thérapie brève

Sophie Tournouër **introduit les consultations utilisant le modèle de la thérapie brève orientée solution**, qu'elle réalise en tant que psychologue clinicienne et thérapeute familiale au CSAPA Monceau. Ce CSAPA propose des consultations LGBTQIA+ en addictologie qui accueillent en réalité 98 % de *chemsexers*. Le modèle utilisé est celui d'une **approche centrée solution** : *« L'idée étant de définir avec le patient son propre objectif ; ce qui lui permettra de dire que la thérapie est finie nous aidera généralement à affiner son objectif. Le but est d'éviter de faire des thérapies « à rallonge » en ciblant, dès le premier entretien ce que le patient attend de ce travail thérapeutique »,* détaille Sophie Tournouër. **Les objectifs vont vraiment être différents suivant les patients et nécessitent de faire du sur-mesure** : *« certains veulent arrêter, d'autres veulent seulement aménager leur consommation ».* Une fois l'objectif défini, *« nous allons **nous appuyer sur le principe des exceptions** : se demander à quel moment il n'y a pas le problème, à quel moment le problème aurait dû avoir lieu mais n'a pas lieu, à quel moment on a réussi à ne pas consommer, pourquoi on n'a pas consommé, qu'est-ce qui nous a permis de ne pas consommer, qui a pu le remarquer, qu'est-ce que cela indique au patient sur ce dont il est capable. En faisant le détour-contour du problème, tout en connectant la personne à ses ressources et ses compétences, cela permet la mise en place d'un travail de neuroplasticité cérébrale, central dans le processus de changement ».* Sophie Tournouër insiste sur la nécessité d'individualiser les prises en charge : *« il n'y a pas de schéma, il n'y a que des trajectoires individuelles ».* Par ailleurs, Sophie Tournouër considère la question du syndrome post-traumatique comme essentielle pour travailler avec les *chemsexers* : *« **le psychotrauma peut amener au chemsex, mais il peut advenir au sein de plans** ».* Dans ces situations, les thérapies EMDR et IMO sont généralement efficaces à condition de repérer proprement l'origine traumatique.

Nicolas Derche demande aux intervenant.es dans quelle mesure les approches individuelles proposées par Sophie Tournouër et Iris Richard peuvent être complémentaires de l'offre proposée par le SPOT ou celle des Narcotiques Anonymes.

Iris Richard explique que la consultation médicale annuelle pour les personnes séropositives et trimestrielle pour les personnes prenant la PrEP est une porte d'entrée vers le parcours de soin individuel dédié au *Chemsex* que l'hôpital Saint-Louis propose. Sophie Tournouër ajoute que chaque patient est expert de sa thérapie, ainsi en posant les bonnes questions, le soignant a accès aux besoins du patient. Certains vont régulièrement aux groupes de parole du SPOT, d'autres sont suivis à côté par un sexologue. La cristallisation du problème ne va pas se trouver au même endroit. L'idée est de **trouver la bonne offre complémentaire, qui va être différente pour chaque patient**. Antoine Elisa exprime que **dans un parcours de santé, il peut y avoir différentes temporalités**. À ce titre, le SPOT est enclin à orienter vers d'autres structures si la personne en a besoin à ce moment-là de sa vie et de son parcours. Les temps collectifs et les groupes de paroles peuvent être l'occasion d'échanger des conseils sur la prise en charge. L'idée est que **les différentes structures, qu'elles soient associatives ou médicales, travaillent toutes en lien et en complémentarité, d'où l'importance d'avoir une bonne vision de ce qui existe**.

Les méthodes d'intervention développées à l'hôpital Saint-Louis peuvent-elles être mobilisées ailleurs, dans les CSAPA et CAARUD par exemple ?

Iris Richard détaille qu'il s'agit d'une **méthode très concrète qui est la même que celle utilisée à la clinique Dean Street à Londres, développée par David Stuart**. C'est donc tout à fait possible de la faire dans d'autres établissements, complétée d'une formation dédiée spécifiquement sur le *chemsex*. Toutefois, l'hôpital Saint-Louis ne propose pas de formation pour le moment.

Sur le SPOT, il y a une offre globale qui s'étoffe d'une offre de santé. Comment les groupes de parole s'articulent avec l'offre de santé ?

Antoine Elisa explique que **l'enjeu de ce lieu réside dans l'articulation de l'offre communautaire et de l'offre médicalisée du 190**. En effet, il y a un dispositif d'accompagnement communautaire renforcé qui a été mis en place, où va être proposé à quelques usagers ayant une consommation très régulière, voire journalière, une pluralité d'activités tout au long de la semaine, allant de l'estime de soi, relaxation, sophrologie, etc.

Enfin, Nicolas Derche questionne les intervenant.es sur les leviers identifiés pour faciliter la mise en œuvre d'un parcours de santé et de soin en direction des chemsexers.

Pour l'un des membres de Narcotiques Anonymes, **un des principaux leviers est la question du financement, à la fois pour pouvoir répondre aux besoins du public, construire et déployer d'autres initiatives de suivi et de prises en charge**. Iris Richard mentionne le même problème au niveau de l'APHP. Les consultations spécifiques aux *chemsexers* sont très novatrices, il est à ce jour impossible de les codifier, et sont financièrement compliquées à développer. Iris Richard soulève **un autre levier qu'est l'écoute : pour beaucoup, être à l'écoute de manière bienveillante, est déjà un grand pas en avant**. Sophie Tournouër aborde la question de la formation des professionnel.les au psychotrauma, qu'elle considère comme un levier incontournable. **Un autre levier pour les thérapeutes et soignant.es serait de se dégager de ses propres projections ; « se départir de ce qui serait un problème pour nous si nous étions à la place de la personne »**. L'un des membres de Narcotiques Anonymes complète que **des leviers à activer sont la reconnaissance, la mise en lien, et la complémentarité des acteurs**. Antoine Elisa conclut par la formation des forces de l'ordre et des pompiers, ainsi que les personnels d'hôpitaux et évoque la capacité/volonté des pouvoirs publics, et institutions à accompagner et supporter (notamment par des financements) les projets et réponses adaptées, innovantes et impactantes, portés par les associations et structures en santé communautaire, pour être notamment en capacité de répondre efficacement aux freins et difficultés dans les parcours de santé et de soin à destination des *chemsexers*.

QUESTIONS DU PUBLIC

Au sujet des délais d'accès à ces dispositifs d'aide, ils sont très longs concernant l'offre de santé, mais sont-ils les mêmes pour les groupes de parole des associations communautaires ?

Antoine Elisa : À Aides, il y a une masse militante en capacité de pouvoir à minima écouter, accueillir et réorienter vers des structures de prise en charge. À Paris, tous les soirs entre 15 et 21 heures, vous pouvez orienter une personne qui aurait des questions ou des difficultés, bien que cela ne remplace pas une prise en charge médicalisée.

Narcotiques Anonymes : Les Narcotiques Anonymes ont mis en place un dispositif de *helpline* disponible tous les jours de 8 h à 22 h. À Paris, il y a entre 6 et 10 réunions par jour, certaines se tenant en ligne. On a remarqué que pendant le confinement, certaines personnes ayant besoin d'aide la nuit pouvaient se connecter à des réunions francophones au Québec grâce au décalage horaire, en cas de besoin d'aide imminent.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Pour conclure cette conférence, Marion Serot (MMPCR) rappelle que cette première journée avait pour but de créer une culture commune sur le *chemsex* et de favoriser une mise en réseau pour permettre aux différentes structures d'orienter plus facilement les bénéficiaires en fonction des besoins. Elle souligne que cette journée n'est pas un aboutissement mais le commencement d'un ensemble d'actions qui vont être portées au long terme, grâce à un plan sur 4 ans. Marianne Bouillié ajoute que certaines structures seront intégrées à la cartographie, notamment les endroits où il est possible de faire tester son produit. La possibilité de rediriger vers les ressources en lignes (Aides, Narcotiques Anonymes, etc.) va être étudiée, éventuellement sur la page Paris.fr.

Enfin, Carmen Bach (MMPCR) aborde les perspectives à venir. Elle souligne que l'interpellation des institutions a bien été entendue par la Ville de Paris, que l'ARS est bien présente, sans oublier la CPAM qui s'est beaucoup investie dans l'organisation de cette journée. La Ville de Paris a l'intention de continuer à jouer ce rôle de levier et d'interpellation. La Ville souhaite répondre aux besoins soulevés, notamment dans l'accompagnement de la montée en compétences des professionnel.les de santé et des pouvoirs publics par des sensibilisations. Elle souhaite également commencer à mobiliser d'autres acteur.ices, qui sont déjà confronté.es à ce problème comme la police ou les pompiers, en partant de leurs besoins à eux. Enfin, Carmen Bach ajoute que les libéraux ne seront pas laissés de côté, car il est très important que tout le monde ait la capacité d'écouter et d'accompagner.

ANNEXE 1

LA CAMPAGNE D'INFORMATION : «LE *CHEMSEX*, OÙ EN PARLER ?»



Une campagne de communication, qui a pour but de donner envie aux usagers chemsexers d'avoir accès au soin. «L'idée de l'affiche est qu'il n'y ait pas d'injonction mais plutôt un message positif, qui propose une solution, qui offre une perspective et qui ne soit pas stigmatisante»

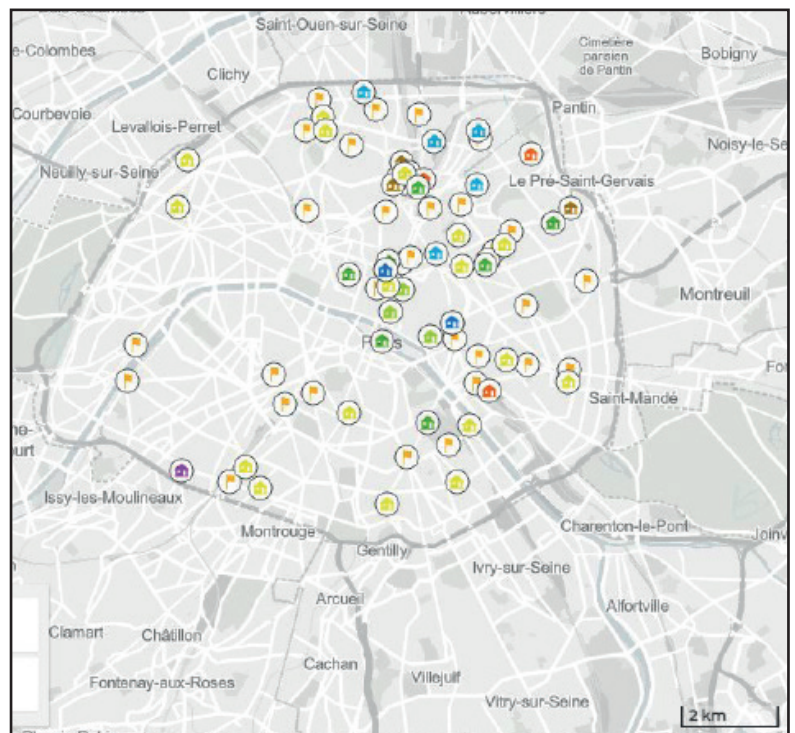
- Affiches 40x60
- Flyers A6
- Réseaux sociaux

ANNEXE 2

CRÉATION D'UNE CARTOGRAPHIE INTERACTIVE EN LIGNE

La création d'une cartographie interactive qui présente l'offre disponible sur le territoire des publics *chemsex*ers. Les données utilisées sont en partie issues du et des dispositifs disponibles pour le deuxième groupe de travail, mais aussi des données disponibles en interne à la MMPCR. En utilisant cette carte, disponible sur Paris.fr, l'utilisateur peut sélectionner des filtres choisis pour être au plus près de ses besoins. Les différentes rubriques sont les suivantes :

- «Agir, aider, me mobiliser»,
- «Offre d'accompagnement»,
- «Accéder à la PrEP»,
- «Accéder au traitement d'urgence VIH»,
- «Bénéficier d'un suivi médical spécialisé (addictologue, psychiatre)»,
- «En parler, être soutenu et accompagné (groupe de paroles, accompagnement communautaire)»,
- «Accueil spécifique *chemsex*»,
- «Se faire dépister pour le VIH et les IST»,
- «Trouver du matériel (Kit+, seringues, préservatifs, gel)»,
- «Automates / Distributeurs de matériels de consommation».



•



MISSION MÉTROPOLITAINE DE PRÉVENTION DES CONDUITES À RISQUES



MMPCR.FR

mmPCR@seinesaintdenis.fr

dsp-mmPCR@paris.fr

01 71 29 26 91

41, rue Delizy - 93500 Pantin

Bât A - 5^e étage

Accès :

Métro Église de Pantin (ligne 5) ou RER E, Pantin

Bus 249 ou 151, arrêt Louis Nadot ou Delizy