

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ

ANNÉE 2024

2024 TOU3 1650

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Julien EL AMRANI

le 17 octobre 2024

**Utilisation des services de santé par les usagers de chemsex –
Une revue systématique de la littérature**

Directeurs de thèse : Dr Nicolas NAVARRO et Dr Felix SERGENT

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Antoine YRONDI	Assesseur
Monsieur le Docteur Nicolas NAVARRO	Assesseur
Monsieur le Docteur Felix SERGENT	Assesseur
Madame la Docteure Malena PORCHERON PONCE	Suppléante

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BRÓS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépat	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERS Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

RESUME ET INDEXATION EN FRANÇAIS

Utilisation des services de santé par les usagers de chemsex – Une revue systématique de la littérature

RESUME

INTRODUCTION : Le chemsex, ou usage de substances psychoactives en contexte sexuel, est un phénomène particulièrement répandu chez les minorités sexuelles et de genre. Cette pratique comporte des risques et peut engendrer des dommages pouvant nécessiter le recours aux soins. L'objectif de ce travail était de comprendre l'utilisation des services de santé par les usagers de chemsex. METHODE ET MATERIEL : Une revue systématique de la littérature a été effectuée en juillet 2024 sur les bases de données PUBMED, EMBASE et GOOGLE SCHOLAR, selon les recommandations PRISMA 2020. RESULTATS : Sur 1201 références identifiées, 19 articles ont été retenus. Les centres de santé sexuelle étaient les services de santé les plus consultés. Une méfiance généralisée envers les services ainsi que des parcours de soins trop complexes et peu lisibles étaient des freins importants identifiés au recours aux soins. DISCUSSION : Les multiples enjeux de santé du chemsex impliquent une action coordonnée des services de santé sexuelle, de santé mentale, d'addictologie et des associations communautaires. De futurs travaux sont nécessaires pour explorer la manière dont les usagers combinent les soins de santé formels et informels dans leur stratégie de gestion de santé. CONCLUSION : Cette revue souligne la nécessité de structurer des parcours de soin territoriaux clairement identifiables par les usagers de chemsex, éventuellement sous la direction des centres de santé sexuelle, déjà fréquentés par la majorité des usagers de chemsex.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : PSYCHIATRIE

MOTS-CLÉS : chemsex, usage de drogues en contexte sexuel, minorités sexuelles et de genre, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, comportement d'aide, recherche d'aide, recours aux soins, traitement, barrières, revue systématique

RESUME ET INDEXATION EN ANGLAIS

Healthcare utilization by chemsex users – A systematic review

ABSTRACT

BACKGROUND : Chemsex, or the use of psychoactive substances in a sexual context, is particularly common among sexual and gender minorities. This practice carries risks and can cause damage that may require health care. The objective of this study was to understand the use of health services by chemsex users. **METHODS** : A systematic review of the literature was conducted in July 2024 using the PUBMED, EMBASE, and GOOGLE SCHOLAR databases, following PRISMA 2020 guidelines. **RESULTS** : Out of 1201 references, 19 articles were selected. Sexual health centers were the most frequently accessed health services. A general mistrust of services and overly complex, unclear care pathways were identified as major barriers to seeking care. **DISCUSSION** : The multiple health issues of chemsex involve coordinated action between sexual health services, mental health services, substance abuse services, and community organizations. Further research is needed to explore how users combine formal and informal healthcare in their health management strategies. **CONCLUSION** : This review highlights the need to structure clearly recognizable territorial care pathways for chemsex users, possibly coordinate by sexual health centers, already used by most chemsex users.

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE : PSYCHIATRY

KEYWORDS : chemsex, sexualised drug use, sexual and gender minorities, men who have sex with men, helping behavior, help-seeking, healthcare, treatment, barriers, systematic review

Remerciements au Jury

À mon président de Jury,

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et ce moment si particulier de ma vie professionnelle. Je tiens à vous remercier pour m'avoir accompagné avec bienveillance tout au long de mon internat et pour tous vos précieux conseils. Votre engagement constant envers les internes en psychiatrie de Toulouse m'a profondément marqué, et ce fut un privilège de collaborer avec vous durant ma présidence à la Coordipsy. Je vous adresse ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

À mes maîtres et Juges,

Monsieur le Professeur Antoine YRONDI

Bien que je n'aie pas eu l'opportunité de travailler directement à vos côtés, je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de participer à ce jury et de juger mon travail. Votre présence est d'autant plus précieuse à mes yeux que vous dirigez les services qui assurent l'activité d'addictologie au sein du Pôle psychiatrie du CHU de Toulouse. Je vous exprime ici toute ma sincère gratitude.

Madame la Docteure Malena PORCHERON PONCE

Je suis particulièrement touché que tu aies accepté de faire partie de ce jury. Tu m'as accompagné durant tout mon parcours d'internat, été ma fidèle complice de notre aventure associative et, surtout, tu es devenue une amie inestimable. Je souhaite te dire ici à quel point j'admire la médecin et la femme que tu es, une de mes plus grandes sources d'inspiration.

À mes directeurs de thèse,

Monsieur le Docteur Nicolas NAVARRO et Monsieur le Docteur Felix SERGENT

Cela fait presque deux ans que nous avons commencé à échanger autour de ChemStudy. Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de diriger ce travail, d'avoir cru en moi et d'être restés présents malgré les nombreuses péripéties. Je suis très reconnaissant pour tout le temps que vous m'avez consacré à travers nos nombreuses réunions visio (même à l'autre bout du monde) et lors de vos relectures. Merci pour tous ces échanges stimulants, vos précieux conseils et votre soutien sans faille. Je mesure la chance que j'ai eu de vous avoir à mes côtés, et il me tarde de finaliser ce travail avec vous.

Remerciements aux professionnels de santé

À toutes celles et ceux qui ont contribué à ma formation de soignant et de médecin au cours de ces dernières années, et qui m'ont permis d'être ici aujourd'hui.

Aux professionnels de santé de Limoges,

Aux équipes paramédicales avec qui j'ai travaillé au CHU de Limoges et à la Polyclinique de Limoges, que ce soit en tant que faisant fonction d'ASH, de brancardier, d'infirmier ou d'aide-soignant, merci de m'avoir fait aimer le métier de soignant. Je n'oublierai jamais tous vos enseignements si précieux.

Au Dre Julie DUR et à toute l'équipe des urgences psychiatriques du CH Esquirol, merci de m'avoir formé à mes premiers entretiens psychiatriques. Merci de m'avoir appris qu'un patient « n'avoue » jamais rien, il s'exprime.

Au Pr Philippe NUBUKPO, au Dre Lydie DOMINIQUE et à toutes les équipes du pôle d'addictologie du CH Esquirol, merci de m'avoir fait découvrir ma vocation. Merci de m'avoir appris que le rôle de soignant est avant tout la transmission de savoirs.

Au Dr Hervé MERVEILLE et à toute l'équipe de gérontopsychiatrie de Jean Marie Leger du CH Esquirol, merci de m'avoir fait confiance dans mes premiers pas de faisant fonction d'interne. Merci pour votre humanité qui m'a énormément touché. Pensées particulières pour Simona, le monde est moins beau sans toi.

A mes maitres de stages d'internat et à toutes les équipes avec qui j'ai travaillé,

Au Dr Henri Régis BLANCHE et à toute l'équipe de l'UAMP du CH Lannemezan. Je tiens à vous remercier de m'avoir si bien accueilli en tant que jeune interne. J'ai beaucoup appris de vous tous durant mon stage, mais aussi bien après mon départ. Régis, je te remercie de m'avoir donné l'opportunité de participer à tes formations sur le risque suicidaire ; je transmets tes enseignements chaque fois que l'occasion se présente. Ce stage fut le meilleur départ possible pour mon internat. Merci infiniment.

Au Dre Clara LETAMENDIA et à toute l'équipe de l'UF2 du CHU de Toulouse. Merci de m'avoir initié à la psychiatrie de secteur et aux troubles du comportement alimentaire. Clara, merci de m'avoir transmis l'exigence du travail bien fait et ta rigueur scientifique. Une pensée particulière pour Clémence, Morgane et Manu, des personnes exceptionnelles, c'était une chance formidable de travailler avec vous. Chloé, Adé, merci d'avoir illuminé ce stage, puis ma vie.

Au Dr Geoffroy VALMY et à toute l'équipe du SMPR du CH Gérard Marchant. Je vous remercie pour m'avoir offert l'opportunité de découvrir le soin en milieu carcéral. Ce stage m'a permis d'apprendre énormément, tant sur le plan professionnel que personnel. Geoffroy, tes précieux enseignements restent gravés en moi. Cécile, Yasmina, votre humanité m'a profondément touché, merci d'être une puissante source d'inspiration. Bertrand, merci pour tes blagues nulles et pour tous nos échanges houleux, j'ai adoré ça.

Au Pr Nicolas FRANCHITTO, au Dre Bénédicte JULLIAN et à toute l'équipe du service d'addictologie du CHU de Toulouse. C'est au sein de votre service que mon intérêt pour le chemsex a véritablement pris forme. Ce stage a été l'un des plus stimulants sur le plan intellectuel, et j'ai énormément appris grâce à vous tous. Professeur, merci pour votre soutien sans faille et vos précieux enseignements. J'espère avoir l'occasion de poursuivre cette collaboration, tant pour ChemStudy que pour de futurs projets. Martin, Thibaut, merci d'avoir été des coéquipiers si soudés.

Au Dre Hélène PAILLARD et à toute l'équipe du CSAPA du CH de Montauban, je vous remercie de m'avoir si bien intégré à votre équipe. J'ai pris grand plaisir à travailler à vos côtés, et votre dynamisme collectif a été une véritable source d'inspiration. Hélène, merci pour ta bienveillance et pour m'avoir transmis ta philosophie du soin, qui a profondément résonné en moi. Une pensée spéciale pour Siddi et Gaëlle, avec qui j'ai formé un trio inoubliable. Christine, merci d'avoir été un pilier.

Au Dr Johan SEBTI, au Dr Rudy PERELROIZEN, à toutes les équipes de psychiatrie du CH de Polynésie Française et plus particulièrement à l'équipe du service de pédopsychiatrie, je vous remercie sincèrement pour votre accueil si chaleureux. Ce stage revêtait une importance particulière pour moi en raison de mon histoire personnelle. Je n'aurais pas pu espérer une meilleure équipe. Rudy, merci de m'avoir fait découvrir et aimer la thérapie systémique. Agathe, Bertrand, vous êtes des personnes exceptionnelles et vous m'avez apporté bien plus que des connaissances, je suis certain que nos chemins se croiseront à nouveau. Paul, Emy, je n'aurai pas pu rêver meilleurs co-internes pour traverser ces tempêtes tropicales, merci pour tout.

Au Dr Michel REOCREUX, au Dr Michel MATHIEU et à toute l'équipe de la Clinique d'addictologie Saint Salvadou de la Fondation du Bon Sauveur d'Alby. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée, je mesure la richesse de ce que vous avez construit, il me tarde de revenir travailler à vos côtés et de continuer d'apprendre tout ce que vous voudrez bien m'enseigner. Michel, merci pour votre guidance et votre amitié. Anna, Fanny, Mélissa, ma dream team, juste merci d'être qui vous êtes.

Au Dr Emmanuel RAU et à toute l'équipe de l'EMAH de la Fondation du Bon Sauveur d'Alby, vous m'avez offert bien plus que ce que j'étais venu chercher. Merci de donner autant de sens à votre travail, c'est ce qui me marquera le plus (sans oublier les incroyables salades du chef Julien !). Ce projet, mené par cette équipe, est si précieux. Je suis déjà triste de vous quitter, mais je ne pars pas bien loin et je sais qu'on se reverra très bientôt.

Au Dre Farida Gayrard, merci d'avoir été ma raison de faire le DIU de sexologie et pour tes qualités uniques de transmissions.

Au Dr Jean Victor BLANC, merci d'avoir éveillé ma curiosité sur le chemsex lors d'un congrès et pour tous nos échanges stimulants depuis.

A toutes les patientes et tous les patients que j'ai pu accompagner au cours de ces dernières années, c'est sans doute de vous que j'ai le plus appris, merci pour tout.

Remerciements à toutes les personnes qui rendent le projet ChemStudy possible

Aux membres du comité de recherche, je vous remercie sincèrement pour votre expertise, votre implication et vos précieuses contributions à l'élaboration de ce projet. Il me tarde de démarrer cette étude avec vous.

Dr Nicolas NAVARRO, investigateur principal et Dr Félix SERGENT, responsable scientifique.

Dr Benjamin NACCACHE et Dre Lucie ROSENTHAL, experts en étude qualitative, merci de m'avoir accepté dans votre séminaire si enrichissant et pour votre essentielle guidance dans ce projet.

Olivia CAMPAIGNOLLE, experte en santé communautaire, tes engagements sont pour moi une grande source d'inspiration, merci pour tous nos échanges enrichissants et pour avoir accepté d'apporter ton expertise précieuse à ce projet.

Yann B, ancien usager et auteur du livre Ma vie en poudre, la lecture de ton livre m'a profondément bouleversé, et j'ai ensuite découvert la belle personne derrière cette plume, merci de partager ton savoir expérientiel unique pour enrichir cette étude.

Au CSAPA Maurice Dide du CHU de Toulouse, centre investigateur de ce projet et aux professionnels de santé et centres partenaires qui ont accepté de participer au recrutement.

Pr Nicolas FRANCHITTO et le service d'addictologie du CHU de Toulouse.

Dr Stéphane POIROT MAZERE et le service d'infectiologie de l'hôpital Joseph Ducuing.

Dre Karine PARIENTE et le CeGIDD du CHU de Toulouse.

Dre Noémie BIEZUNSKI, Dre Marie PIFFAUT et le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Toulouse.

Dre Céline SPEICHER et le Secteur 2 du CH Gérard Marchant.

Dr Sylvain BALESTER MOURET et l'association Clémence Isaure.

Sylvain GAILLET, Najah AL BAZZOU et le CeSaMe (Centre Enipse de ressources en santé mentale LGBT+). Najah, merci pour cette belle soirée sur le chemsex coorganisée dans vos locaux, j'ai hâte de poursuivre notre collaboration.

Un grand merci à la FERREPSY d'avoir accepté de promouvoir cette étude et de m'avoir offert l'opportunité de la présenter lors de sa journée clinique & échange de pratique. Alexandrine SALIS, chargée de recherche à la FERREPSY, et Soukaina CHOUIBA, attachée de recherche, merci de m'avoir accompagné avec patience et bienveillance dans la finalisation du protocole. C'est un réel plaisir de travailler à vos côtés.

Remerciements à tous mes proches et à toutes ces rencontres qui changent une vie

À ma maman chérie que j'aime et que j'adore de tout mon cœur, tu as toujours cru en moi, et tu avais raison, je le fais maman ! 12 années écoulées entre tes impressions de mes photocopies de PACES jusqu'à tes relectures de cette thèse. Rien de tout cela n'aurait été possible sans toi. Merci de m'avoir apporté ton soutien tout du long, d'avoir célébrer chacune de mes victoires, et surtout de m'avoir aidé à me relever après chaque chute. Tu as toujours été ma source inépuisable d'amour et de réconfort. Je te dois TOUT maman. Merci d'avoir fait de moi qui je suis, et d'avoir été celle que tu es.

À mon père, j'aurais tellement aimé que tu sois là pour voir ça, tu me manques toujours autant. Nous avons toujours eu une relation conflictuelle, mais je sais à quel point tu étais fier de moi. Moi, je suis fier de porter ton nom, et notre histoire.

À Benoit et Mathieu, mes frères, merci d'être toujours là dans les moments importants. On s'est toujours beaucoup chamaillé, mais je sais que c'est aussi notre façon de se dire qu'on tient les uns aux autres. Vous pourrez toujours compter sur moi, et je sais que c'est réciproque. J'espère que vous savez que je vous aime.

À tous mes oncles et tantes, tous mes cousins et cousines, en France et aux quatre coins du monde, j'aurai toujours beaucoup de tendresse pour vous toutes et tous. Anne-Marie, Christine, vous avez toute votre place sur ces lignes.

À Tiphaine et Coline, mes plus vieilles amies, vous me manquez tellement. Même si la distance nous sépare, sachez que je vous aime profondément.

Aux zouzes, merci d'être une source continue d'inspiration pour moi, chacune de vous a une place précieuse dans mon cœur. Camille, ma complice, merci de m'avoir appris à lâcher prise et à exprimer ma folie. Ta spontanéité et ton authenticité illuminent ma vie. Lorraine, ma douce amie, merci pour ton soutien indéfectible et ta bienveillance. Je suis profondément reconnaissant de t'avoir à mes côtés. Nono, ma star, merci pour tout l'amour et la joie que tu distribues. Tu es un véritable rayon de soleil, je serai toujours ton fan number one. Salome, mi amor, merci pour tout l'amour que tu me donnes, il me tarde de t'avoir plus près de moi pour continuer à partager cette tendresse qui nous lie. Sidodo, ma confidente, merci de m'avoir laissé accéder à tes blessures et d'avoir si souvent pansé les miennes. Notre relation est l'une des choses les plus précieuses de ma vie. Elise, tu occupes une place spéciale aujourd'hui dans ma vie, un de mes piliers, merci de me permettre de continuer à te découvrir et me découvrir au travers de notre si belle relation. Je vous aime mes zouzes, mes sœurs.

Aux cirrhotiques, plus de 10 ans déjà, j'aime toujours autant notre famille déglinguée. Alex, derrière ce cactus piquant, toujours prêt à donner et à soutenir ceux qui t'entourent, mon homme au cœur d'or. Baby, je n'aurai pas pu rêver meilleure compagne pour traverser ses études, merci pour tout. Étienne, merci d'être toujours là pour éveiller ma conscience et élargir mes horizons, mon

écolobobogauchiste préféré (chut). JB, merci d'enrichir le quota de beaugossitude et d'intelligence de cette famille, forever team proto. Paulo, merci d'être ce puits intarissable d'amour dans lequel je m'abreuve dès que je peux, toujours président de mon cœur. Thibaut et Manon, j'ai hâte de profiter de vous à Albi et créer toujours plus de beaux souvenirs, voisins jusqu'au bout du monde. Les Totoches, j'ai hâte de célébrer cet amour qui vous unit, je vais tellement chialer à vos noces. Julien, tu occupes une place spéciale, je ne peux pas résumer notre amitié en quelques lignes tant elle est riche. Je vous aime mes cirrhotiques. Mais vous êtes fous, Oh oui !

À mes copaines d'amour toulousaines, vous avez bouleversé mon monde et l'avez rendu tellement plus beau. Lise, mon coup de foudre devenu une de mes plus belles histoires d'amour, merci pour ton intelligence émotionnelle exceptionnelle. Merci d'avoir traversé cet enfer avec moi, je n'aurai pas pu rêver mieux que de finir ce chapitre à tes côtés. Chloé, mon pilier, merci d'être toujours là pour moi et de savoir me reconforter mieux que personne. Merci la vie pour t'avoir mise sur ma route, on ne se lâche jamais, je t'aime ma jaune. Malena, j'étais trop pudique pour te déclarer ma flamme en page du jury, je t'aime, voilà c'est dit. Adé, ma trompettiste pref, merci de mettre autant de joie dans ma vie et d'être une si belle source d'inspiration. Andris, mon doux rêveur, merci pour ta joie de vivre communicative et pour ton cœur XXL, je voudrai toujours plus de nous. Gabi, merci de mettre des paillettes dans ma vie, tu es une femme exceptionnelle, ma Queen LadyG. Sara, merci la vie d'avoir fait de moi ton parrain (j'ai triché), tu es une de mes plus belles rencontres de ces dernières années. Isabelle, merci pour ton esprit, ta générosité et pour tous ces moments wtf vécus et à venir. Albanie et Aurélie, vous m'avez touché en plein cœur, on ne se perd pas de vue. Marie, merci pour ta folie et tous ces jeux d'acteur, j'en veux toujours plus. Flo, merci d'être la belle personne que tu es, j'ai hâte de partager plus ensemble. Raphael, tu es aussi beau à l'intérieur qu'à l'extérieur, reste-toi. Anaïs et Inès, vous êtes des femmes rayonnantes, merci d'avoir partagé ce beau parcours. Juliette et Ludmilla, mes filleules, je vous adore. Celso, Paul, Val, Léa, Elsa, toute la team toul'gang, merci pour ces soirées mémorables, vous êtes des personnes lumineuses. Marion, merci d'avoir été cette si belle surprise et une aussi bonne wedding planeuse. Clément et John, merci d'être là et d'être vous, prenez soin de ces femmes exceptionnelles (PS : j'ai fait deux ans de karaté). Fanfan, tu pourras toujours compter sur moi. A toutes ces autres belles rencontres toulousaines, merci d'être ma plus belle raison d'aimer cette ville. Clémence, Valentine, Pauline, Amélie, Coco, Hugo, Steph, Loïc, Gaël, Boris, Quentin, Cécile, Tristan, Elise, Lisa, Samuel, Corentin, Juliette, Marie, Julie, Mélina, Dalil, William, François, Sacha, Hélène, Afif, Hélène Da Silva, Ambre, Antoine, Pierre, Claire, Thomas, Maxou, et tant d'autres que j'oublie, désolé d'avance.

À toutes ces personnes qui rendent mon monde tellement plus juste. Champi, merci de faire profiter le monde de tes rayons, et surtout merci de slay autant. Hachi, merci de répandre ta folie, notre rencontre restera gravée pikachu. Mehdi, tu me vends tellement du rêve, merci d'être ton toi magnifique et authentique. Inès, merci pour ces retrouvailles incroyables, je t'adore. Lucie, merci d'être ma reporter pref et de nourrir ma force de lutte contre ce monde de brutes. Agathe, merci d'avoir été sur mon chemin

et merci pour ces vraies conversations. Romane, merci d'être entrée dans ma vie, je compte bien t'y faire rester. Shima, my twisted sister, i miss you so much and can't wait to hug you again. Love you, always, my soulmate.

À Viviane, merci pour ta précieuse relecture, et surtout, merci d'avoir atterri à Albi, ne te presse pas de partir.

À la chill house, Aya, Leia, Omar, Hugo, Lola, Benoit, Criostal, Nicolo, Aymane, Elodie, Fabio, merci d'avoir fait de cette colloc un foyer si chaleureux et de ses habitants une famille, je n'aurai pas pu rêver meilleur confinement qu'à vos côtés.

À la colloc Manuia, Delphine, Jordi, Adrien, Meryle, Olivier, Anouk, Paul, Agathe, ce semestre à vos côtés a été juste incroyable, merci pour tout. Delphine, ta sensibilité et ta joie de vivre m'ont profondément touchée, tu es la plus belle perle que j'ai trouvée au fenua. Merci aussi à Paul, Bastien, Flavy, Léo, Chloé, Cécile, vous êtes si beaux.

À toute la team de l'asso de l'internat, c'était un plaisir de vivre cette aventure avec vous, je n'oublierai jamais ces folles soirées et ce WEI épique. Je pense ici particulièrement à Antoine, Stephan, Yann, Yoan, Pierre, Tristan, Flora, Ysé mais aussi évidemment à Bernadette, notre pilier à toutes et tous.

Aux montpellieraines, mes plus belles rencontres de congrès, Odile, Garance, Eloïse, Arnaud, Emma, Camille, longue vie à l'AGUD.

À toute la team sexo, ces deux années à vos côtés ont été tellement riches (plus qu'une !). Je suis plein de gratitude pour cette promo en or, merci de faire toute la différence. Pensées particulières pour Laetitia, Sarah, Kim, Marine, Salma, Cam, Clem, Alex, Marie et Morgane.

À toute ma promo de DES Psychiatrie 2020, merci d'avoir été une promo si soudée et d'avoir rendu ces 4 dernières années si riches.

À toute la team Coordipsy 2021-2022, Lise avec qui j'ai démarré cette belle aventure. Maléna et Valentine qui ont su si bien fédérer les internes de toutes promos. Gabi, notre trésorière en or. Adélaïde, Amélie et Hélène qui ont révolutionné les cinépsys. Clémence qui a apporté sa belle philosophie de l'apprentissage et du soin. Pauline, qui a toujours défendu le bien-être des internes. Anaïs, la meilleure community-manager. Maximilien, Marie, Philippe, Jordan, Lisa, Johan, et tous les anciens qui ont partagé leur expérience. Boris de m'avoir si bien accueilli et remis le flambeau, Valentin à qui je l'ai transmis, puis Thibault qui a pris la relève. Merci à toutes et tous de m'avoir fait confiance pour assurer cette présidence, c'était un vrai bonheur de travailler avec une aussi belle équipe. Je souhaite à tous les futurs internes de psychiatrie de Toulouse de faire vivre et chérir cette association si précieuse.

À toutes les personnes qui ont compté pour moi. Même si la vie nous a éloignées, je n'enlèverai rien à nos histoires, merci pour tout.

À Sarah. Quoique je fasse, où que je sois, rien ne t'efface, je pense à toi.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	2
LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
1. Contexte historique et culturel du chemsex.....	5
2. Ampleur du phénomène.....	6
3. Profils des usagers et pratiques associées	7
4. Les substances utilisées	9
5. Les risques liés à la pratique.....	11
MATERIEL ET METHODE	16
1. Stratégie de recherche.....	16
2. Critères d'éligibilité.....	17
3. Processus d'extraction des données.....	19
4. Evaluation de la qualité des articles et synthèse des résultats	20
RESULTATS	21
1. Intentions et comportements de recours aux soins	22
a. Utilisations courantes des services de santé.....	22
b. Demande d'aide professionnelle liée au chemsex	27
c. Consultations effectuées pour un motif lié au chemsex.....	28
2. Attitudes envers les services de santé	28
3. Barrières et facilitateurs du recours aux soins.....	33
a. Barrières aux recours aux soins.....	33
b. Facilitateurs aux recours aux soins	37
DISCUSSION	41
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	67

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

<u>Tableau 1</u> : Critères PICO.....	16
<u>Figure 1</u> : Diagramme de flux selon les recommandations PRISMA 2020.....	23
<u>Tableau 2</u> : Caractéristiques des articles inclus.....	24
<u>Tableau 3</u> : Taux d'utilisations courantes des services de santé.....	26
<u>Figure 2</u> : Motifs de consultations souhaitées sur un sous échantillon de 48 usagers de chemsex en demande d'aide professionnelle au Pays-Bas (Evers 2020).....	27
<u>Tableau 4</u> : Taux de consultations effectuées pour un motif lié au chemsex.....	29
<u>Figure 3</u> : Motifs de consultations effectuées en lien avec le chemsex chez un.e médecin généraliste sur un échantillon de 91 usagers en France (Rollet 2022).....	30
<u>Figure 4</u> : Préférences entre différents types de services de santé pour parler de chemsex sur des échantillons de 48 usagers au Pays-Bas (Evers 2020) et 184 usagers en Australie (Demant 2022).....	30
<u>Figure 5</u> : Raisons de l'absence d'une demande de soins sur un sous échantillon de 161 usagers de chemsex non-demandeur de soins au Pays-Bas (Evers 2020).....	34

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

COVID-19 : Coronavirus disease 2019

GHB : Acide Gamma-Hydroxybutyrique

GBL : Acide Gamma-Butyrolactone

HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

HTA : Hypertension artérielle

HTAP : Hypertension artérielle pulmonaire

IST : Infections sexuellement transmissibles

LGBTQI+ : lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres, Queers, Intersexes et autres termes désignant les genres et les sexualités

MDMA : Méthylènedioxy Méthylamphétamine

PICO : Patient, Intervention, Comparateur, Outcome

PREP : Prophylaxie pré-exposition

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses

Sida : Syndrome d'immunodéficience acquise

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VHC : Virus de l'hépatite C

INTRODUCTION

A ce jour, aucun consensus scientifique n'existe sur une définition du chemsex, comme l'a souligné le rapport ministériel conduit par le Pr Benyamina et réalisé en 2022 (1).

Le mot « chemsex » vient de la contraction des mots anglais « chems » pour chemicals (produits chimiques) et « sex », soit littéralement « sexe chimique » ou « sexe sous drogues ». La définition la plus consensuelle du chemsex le désigne comme une pratique de consommation de substances psychoactives en contexte sexuel, spécifiquement dans le but d'initier, de faciliter, de prolonger ou d'améliorer un rapport sexuel (1,2). A noter que c'est l'intentionnalité de l'usage dans un but sexuel qui caractérise la pratique (3), un rapport sexuel survenant après la prise de substance dans un contexte festif ne rentre donc pas dans cette définition. Les usagers sont parfois désignés sous le terme de « chemsexers ». Des appellations différentes peuvent être utilisées pour désigner le même phénomène dans différents pays : « Party and Play » (abrégé PnP) (4), « Hi Fun » (5), « Intensive Sex Partying » (6).

Historiquement, les drogues ont toujours eu une place dans la sexualité humaine. Dans la littérature anglo-saxonne, on utilise souvent le terme « Sexualised Drug Use », abrégé SDU (usage de drogues en contexte sexuel) (7,8). Le chemsex est une forme spécifique de SDU, propre aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), caractérisée par l'utilisation de substances psychoactives spécifiques et par des codes et des facteurs socio-culturels distincts.

Les produits les plus répandus dans le chemsex sont le GHB/GBL, la métamphétamine et les cathinones de synthèse. Ces trois types de substances sont souvent désignés sous le nom de « chems » et sont utilisés pour leurs effets de désinhibition et d'augmentation du désir et du plaisir sexuel. Certains auteurs incluent aussi dans cette liste la kétamine qui semble de plus en plus répandue dans la pratique (9–12).

La pratique du chemsex n'est pas forcément problématique en soi mais elle comporte certains risques et peut engendrer des dommages médicaux, psychologiques ou sociaux chez les usagers pouvant nécessiter un recours aux soins.

1. Contexte historique et culturel du chemsex

De manière générale, la consommation de substances psychoactives est plus répandue chez les HSH comparativement aux autres hommes (13–15). Le modèle explicatif le plus courant est celui du stress minoritaire de Meyer qui suggère que les minorités sexuelles et de genre affrontent des facteurs de stress spécifiques, tels que la stigmatisation, la discrimination et les agressions, ce qui détériore leur santé mentale et physique (16,17). La consommation de substances dans ces populations serait ainsi, avant tout, un mécanisme d'adaptation à ce stress chronique.

L'usage de substances psychoactives dans un contexte sexuel se retrouve dans tous les genres et toutes les orientations sexuelles, mais il est également particulièrement répandu au sein de la population HSH (18). Ce phénomène a pris de l'ampleur dans les années 1990 au Royaume-Uni, où est né le chemsex (3). Cette pratique s'est ensuite rapidement diffusée dans le reste du monde, notamment en France à partir des années 2000 (19,20).

Le terme de chemsex a été initialement proposé par David Stuart, chercheur et activiste anglais impliqué dans la lutte contre le VIH. Ce dernier avance que c'est le contexte culturel spécifique de la communauté gay qui définit véritablement le phénomène chemsex (3). Il va jusqu'à parler d'« appropriation culturelle offensante » l'utilisation du terme pour parler d'un usage similaire dans d'autres populations que celle des HSH.

Stuart argumente que les discriminations subies par la population homosexuelle et la stigmatisation de leurs pratiques sexuelles ont entraîné des conséquences négatives durables sur leurs sexualités. De la même manière, il décrit dans cette population un impact traumatique transgénérationnel de l'hécatombe de l'épidémie VIH/Sida (3). La pression engendrée par l'omniprésence d'un culte de la performance sexuelle et l'existence de discriminations au sein même de la communauté ajoutent de nouvelles entraves à la santé sexuelle des HSH (21). Ces facteurs intra-communautaires ont par ailleurs été exacerbés avec l'apparition des applications de rencontres gay, lesquelles ont joué un rôle majeur dans l'expansion du phénomène chemsex (3,22–24).

Tous ces facteurs peuvent rendre le vécu de la sexualité, pour beaucoup d’HSH, indissociable des notions de risques et de danger et entraver sérieusement l’épanouissement de la vie sexuelle. Les « chems » ont alors pu apparaître, pour certains d’entre eux, comme un moyen de remédier à ces entraves, notamment par leurs actions de désinhibition et leur faculté à prolonger et à intensifier le plaisir sexuel. Pour les mêmes raisons culturelles, plusieurs études ont commencé à s’intéresser à la pratique du chemsex chez les personnes transgenres (25–29).

2. Ampleur du phénomène

Dans les revues systématiques de la littérature sur le sujet, la prévalence du chemsex était estimée entre 3 et 29% des HSH (30–32). Cette grande variabilité repose sur l’hétérogénéité des études concernant principalement la méthode d’échantillonnage choisie (recrutement en ligne ou dans des centres de santé sexuelle), la définition du chemsex retenue (types de substances comptabilisées) et la période questionnée.

La meilleure estimation de prévalence du phénomène en Europe à ce jour est probablement celle de l’enquête en ligne multicentrique EMIS (European MSM Internet Survey) de 2017 qui a recueilli les données de près de 130 000 HSH réparties sur 48 pays du continent européen (33). Dans cette population d’étude, 5% des HSH rapportaient une pratique de chemsex dans les 4 dernières semaines, 10% dans les 12 derniers mois et 15% au cours de leur vie. La France occupait la 3^{ème} place du classement, juste derrière les Pays-Bas et la Belgique, avec des prévalences de 8% dans les 4 dernières semaines, 14% dans les 12 derniers mois et 18% au cours de leur vie.

La seule étude multicentrique française dont nous disposons à ce jour est l’étude Prevagay réalisée par Santé Publique France en 2015 (34). Cette étude a recruté plus de 2500 HSH dans des lieux de convivialité gay de 5 villes différentes (Paris, Montpellier, Nice, Lyon, Lille) (34). 21% des HSH ainsi recrutés rapportaient une pratique de chemsex dans les 12 derniers mois. Montpellier occupait la 1^{ère} place du classement avec une prévalence de 31%.

L’évolution du phénomène en Europe montre une nette tendance à la hausse entre la fin des années 2000 et la fin des années 2010 (35–37). Pendant l’épidémie de COVID-19, la pratique s’est non seulement maintenue, mais elle s’est même intensifiée durant

les confinements pour un grand nombre d'utilisateurs (38–41). Depuis lors, elle semble s'être stabilisée en France (42–45), suggérant une adaptation durable dans les comportements.

On estime qu'au moins 4% des hommes ont déjà eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (46,47), ce qui représenterait plus d'un million de personnes en France. La pratique du chemsex pourrait donc concerner potentiellement des centaines de milliers de personnes sur le territoire national.

3. Profils des utilisateurs et pratiques associées

La pratique du chemsex est plus fréquente chez les HSH âgés de moins de 40 ans (9–11,31,48–50), ceux avec un statut séropositif au VIH (8,31,32,51) et ceux avec un statut séronégatif au VIH et utilisant la PREP (prophylaxie pré-exposition) (31,52). Toutes les catégories socio-professionnelles sont concernées sans distinction significative (10,11,27,49,50,53). À l'origine, le phénomène est apparu dans les milieux urbains, mais il est désormais établi qu'il s'est également répandu dans les zones rurales (54–56).

Plusieurs comportements sexuels ont été retrouvés significativement associés à la pratique du chemsex. Plus le nombre de partenaires sexuels augmente, plus la pratique devient courante (9,10,30,49,53,57). De même, les pratiques de sexe en groupe (11,27,30,31,53,58,59), de fist anal (insertion d'une main dans le rectum) (11,31,53,58) et de non usage du préservatif (appelée dans l'argot « bareback ») (30,31,59) sont particulièrement répandues chez les utilisateurs. Certaines études notent également l'existence de sexe transactionnel chez certains utilisateurs, soit l'échange de substances contre du sexe (11,30,50,53,59).

Plusieurs études qualitatives ont mis en évidence en réalité des pratiques très diversifiées recouvertes par l'appellation chemsex (60–66). On va souvent parler de « sessions » ou de « séances » de chemsex, qui peuvent durer de plusieurs heures à plusieurs jours. Ces sessions peuvent se dérouler dans des lieux privés ou dans des lieux communautaires dédiés aux rencontres et aux relations sexuelles (sex-club, saunas) ; elles peuvent se faire à deux ou plus, avec des partenaires sexuels occasionnels ou réguliers, de manière organisée et planifiée ou au contraire spontanément. Elles peuvent également se produire en mixité choisie selon le statut

sérologique VIH, les types de substances consommées, les modes de consommations (notamment injecté ou non) ou encore les types de pratiques sexuelles des individus (60–66).

Lorsque les substances du chemsex sont consommées par voie injectable en intraveineuse, on va parler dans l'argot de « slam », terme issu de l'anglais « to slam » qui signifie claquer (19,67–70). Les usagers sont parfois appelés des « slammers » par analogie aux « chemsexers ». Dans l'étude française Prevagay, parmi les 21% d'HSH ayant pratiqué du chemsex dans l'année, près de 8% rapportaient avoir pratiqué le slam (68). Les substances consommées ainsi sont principalement les cathinones de synthèse et la métamphétamine (67,71). Comparativement aux usagers de chemsex qui ne pratiquent pas l'injection intraveineuse, ces usagers ont plus souvent un statut séropositif au VIH, un nombre plus élevé de partenaires sexuels et rapportent plus souvent des pratiques de sexe en groupe, de fist anal et de non usage du préservatif (67,68,72). Plusieurs cas de partages de seringue entre usagers, exposant à un fort risque infectieux, ont été décrits dans ce contexte (67,68,71).

Internet joue un rôle prépondérant dans la pratique du chemsex sur plusieurs aspects. C'est principalement par ce biais que se fait l'approvisionnement des substances illicites (à un coût relativement faible), ce qui explique leur grande accessibilité (19). L'apparition des applications de rencontre gay géolocalisées, qui permettent un accès facile et rapide à une rencontre sexuelle, a favorisé l'essor du phénomène et ces dernières font désormais partie intégrante de la pratique du chemsex avec un argot et des codes culturels spécifiques (2,19,24,43,64,66,73). La plus populaire en France est Grindr, qui revendique 500 000 utilisateurs sur le territoire. Enfin, certaines études signalent l'émergence récente d'une nouvelle forme de « chemsex numérique » (digital chemsex), qui s'est popularisée durant les confinements liés à la COVID-19, en parallèle des sessions plus traditionnelles qui ont perduré durant cette période. Ce phénomène implique la consommation de substances à domicile, seul, pendant des sessions de masturbation devant du contenu pornographique, ou lors de visioconférences en direct où des dizaines d'usagers consomment simultanément (43,74–76).

Plusieurs facteurs psychologiques et interindividuels peuvent motiver les usagers à s'engager dans le chemsex. Deux revues de la littérature réalisées en 2019 et 2023 ont offert une synthèse des études quantitatives et qualitatives sur le sujet (77,78). L'amélioration visée de l'expérience sexuelle est le principal facteur de motivation cité et touche tous ces aspects : désir, désinhibition, excitation, performance et plaisir. Une partie significative des usagers semblent présenter des dysfonctions sexuelles antérieures à l'initiation du chemsex (anxiété de performance, complexes corporels voire dysmorphophobies, dyspareunies...) et la pratique pourrait être un moyen pour eux de remédier à ces dysfonctions. Le sentiment d'appartenance communautaire semble jouer un rôle majeur pour beaucoup d'usagers, permettant de rompre un isolement social ou un sentiment de solitude. Enfin, certains rapportent également un usage auto-thérapeutique du chemsex, à visée anxiolytique, pour gérer les émotions difficiles ou les situations de vie stressantes (77,78).

4. Les substances utilisées

Toutes les substances psychoactives peuvent avoir un effet sur la sexualité humaine et être potentiellement utilisées dans ce but (79–81). Les principales qui sont associées au chemsex sont le GHB/GBL, les cathinones de synthèse, la kétamine et la métamphétamine. Ces substances, souvent appelées « chems », se distinguent par plusieurs aspects. Tout d'abord, leur usage reste majoritairement restreint au milieu des HSH, bien qu'elles aient également gagné en popularité sur la scène festive techno ces dernières années (86). Ces substances produisent toutes des effets puissants sur chaque étape de la réaction sexuelle. Enfin, leur consommation présente des risques importants, tant à court qu'à long terme, en particulier en cas de poly-consommation. Un nombre alarmant de décès a été rapporté ces dernières années, faisant désormais du chemsex une préoccupation de santé publique (82–86).

D'autres substances sont souvent associées au chemsex comme le poppers (nitrite d'alkyle/d'amyle), utilisé de longue date chez les HSH pour ses effets sur l'excitation et le plaisir sexuel (87,88), ainsi que les médicaments des dysfonctions érectiles, détournés pour compenser les effets des psychostimulants et améliorer les performances sexuelles (31,89). Des usages de cocaïne et de MDMA (Méthylènedioxy Méthylamphétamine) ont également été décrites dans la pratique. (19,31,34,58).

Toutes ces substances font l'objet de procédés d'adultération, si bien que les usagers n'ont souvent pas connaissance des produits qu'ils consomment réellement (90).

L'histoire de ces drogues, leurs aspects pharmacocinétiques ainsi que leur toxicité ont été largement décrits dans le rapport ministériel sur le chemsex de 2022 (1). Nous reprenons ici brièvement les données d'intérêt des quatre principales substances du chemsex.

Le GHB/GBL

Le GHB (acide γ -hydroxybutyrique) et son précurseur le GBL (γ -butyrolactone) sont des dépresseurs du système nerveux central et sont consommés par voie orale sous forme liquide. Leurs effets psychotropes sont dose-dépendant avec une marge récréative-toxique étroite se quantifiant au milligramme près. Dans le contexte sexuel, ils permettent un sentiment d'euphorie et de relaxation, augmentent le désir et l'excitation sexuelle et entraînent une désinhibition comportementale permettant des facilités à la rencontre sexuelle et à la pratique de certains actes sexuels ; Leurs effets myorelaxants sur le sphincter anal facilitent la pénétration et augmentent la sensation de plaisir et la qualité de l'orgasme (64,66,89,91–94).

Les cathinones de synthèse

Les cathinones de synthèse sont une famille de psychostimulants classées parmi les NPS (Nouveau Produit de Synthèse). En 2024, plus de 200 molécules différentes ont déjà été recensées à l'échelle mondiale (95) dont au moins 40 ont déjà circulées en France (96). Elles sont connues des usagers par des acronymes correspondant aux noms des molécules et se présentent le plus souvent sous la forme de poudre ou bien de comprimés consommés par voie intranasale, orale, intraveineuse ou intrarectale. La plus répandue des cathinones en France est la 3-CMC (3-chlorométhcathinone) qui a récemment supplanté la 3-MMC (3-methylmethcathinone) du fait de ruptures d'approvisionnements (90,97). Les autres cathinones les plus connues sont la 4-MMC (méphédronne), la 4-MEC (4-methylethcathinone), la MDPV (3,4-methylenedioxypropylvalerone) et l' α -PVP (alpha-pyrrolidinovalérophénone). Leurs effets psychotropes sont de courte durée (souvent moins d'une heure) ce qui entraîne des prises répétées au cours d'une même session de chemsex. Dans le contexte sexuel, elles permettent un sentiment d'euphorie, une augmentation de

l'estime de soi et du désir sexuel. Ces substances peuvent mimer un sentiment amoureux en provoquant un sentiment de connexion et d'intimité profonde avec l'autre; Elles peuvent aussi provoquer une hyperesthésie, notamment du toucher, augmentant le plaisir sexuel. Tous ces effets s'obtiennent en contrepartie d'une dysfonction érectile fréquente (64,66,89,93,94,98).

La métamphétamine

La métamphétamine est un psychostimulant de la famille des amphétamines, qui se présente sous forme de cristaux fumables ou bien de poudre ou de comprimés avec les mêmes modes de consommation que les cathinones de synthèse. Très répandue sur la scène du chemsex à l'international (4,18,32), elle reste peu présente sur le marché français du fait d'un faible approvisionnement, même si plusieurs signaux convergent vers une augmentation de sa production et de sa distribution en Europe (97). Ses effets sont comparables à ceux des cathinones de synthèse mais sont plus intenses et durent plus longtemps (89,93,94,99).

La kétamine

La kétamine est une substance utilisée en médecine pour ses propriétés anesthésiante et d'antidépresseur. Dans son usage récréatif, elle se présente sous la forme de poudre consommée principalement par voie intranasale mais aussi parfois par voie intraveineuse, intrarectale ou intramusculaire. Son usage en contexte de chemsex est une tendance nouvelle en France rapportée depuis quelques années (12,42–45). Dans ce cadre, elle est généralement consommée à faible dose pour éviter ses effets dissociatifs. Elle permet un sentiment d'euphorie et de relaxation, augmente le désir et l'excitation sexuelle, entraîne une désinhibition et peut provoquer un effet synesthésique augmentant le plaisir sexuel (100–102).

5. Les risques liés à la pratique

L'intoxication aiguë grave

Un des risques principaux de la pratique du chemsex est celui d'une intoxication aiguë grave qui peut provoquer le décès, notamment dans les cas de poly intoxications ou de surdosage. Sur cet aspect, les substances les plus dangereuses semblent être le GHB et le GBL. En effet, ces substances peuvent entraîner une altération du niveau

de conscience qui peut aller jusqu'au coma, que les usagers appellent dans l'argot un « G-Hole ». Du fait de la marge récréative-toxique étroite de ces produits, les cas de surdosage sont relativement fréquents et sont majorés lors d'une association de produits avec d'autres déprimeurs respiratoires comme l'alcool ou les benzodiazépines. Plusieurs cas de décès liés à leur usage en contexte de chemsex ont déjà été rapportés (82,89,91,92).

Les intoxications aiguës liées aux cathinones de synthèse ou à la métamphétamine peuvent également avoir de graves conséquences, principalement d'ordre neurologique, cardiaque et psychiatrique. On peut ainsi retrouver chez les usagers des confusions, des agitations, une hétéro-agressivité, des attaques de panique, des idées suicidaires, des hallucinations ou encore des idées délirantes de persécution. Sur le plan cardio-vasculaire elles peuvent entraîner des hypertensions, une tachycardie, un allongement du QT, des troubles du rythme cardiaque, des AVC et des insuffisances rénales ou hépatiques. Leurs effets cardiotoxiques sont majorés en cas d'associations avec de la kétamine, du poppers ou des médicaments des dysfonctions érectiles (20,89,98,99). Plusieurs cas de décès ont également été rapportés avec ces substances, principalement par arrêt cardiorespiratoire ou par suicide (84,103). L'intoxication aiguë aux cathinones de synthèse peut également entraîner la survenue d'un syndrome sérotoninergique qui peut être mortel (84). Aucune limite de dosage ne permet d'éliminer ces risques.

L'intoxication chronique

Sur le plan physique, l'usage prolongé de métamphétamine ou de kétamine peut entraîner une neurotoxicité avec des altérations des fonctions cognitives notamment sur la mémoire (89,99,102,104,105). La métamphétamine peut également entraîner des complications cardiovasculaires au long cours (HTA, troubles du rythme, cardiomyopathie, valvulopathie, AVC, HTAP) mais aussi cutanées, dentaires, métaboliques, rénales, et ophtalmologiques (99,104) et expose à un risque de mort prématurée (103). Les effets au long cours des cathinones de synthèse sont encore mal connus du fait de leurs apparitions relativement récentes sur le marché.

Les risques infectieux

La pratique du chemsex est significativement associée aux risques de contracter plusieurs infections sexuellement transmissibles : gonorrhée, chlamydia, syphilis et VHC (8,31,51,59). Les études ne montrent cependant pas d'association significative entre le chemsex et une séroconversion VIH (50,57,58) probablement du fait de l'usage répandu de la PREP chez les usagers. La surexposition aux IST s'explique par plusieurs facteurs : le grand nombre de partenaires sexuels, le faible usage du préservatif dans la pratique et des rapports sexuels prolongés et/ou traumatiques, avec une moindre perception de la douleur due aux effets des drogues. (51). Certaines substances pourraient également entraîner des modifications des muqueuses augmentant les risques de transmissions bactériennes et virales (51). Les usagers de slam sont encore plus exposés aux risques infectieux (67,68,72) en raison de leur engagement plus fréquent dans des pratiques sexuelles à risque et, chez certains, du partage de seringues.

Les risques addictologiques

Comme indiqué précédemment, les HSH consomment fréquemment des substances psychoactives (13–15), ce qui augmente leur risque de développer des troubles addictifs par rapport à la population générale (106,107). Ce risque est encore plus élevé avec les substances du chemsex, où la dépendance peut s'installer rapidement. En effet, toutes ont un pouvoir addictogène très élevé (20,69,71,89,91,92,99,102,104,105,108,109) ce qui s'explique en partie par la courte durée de leurs effets entraînant des prises répétées au cours d'une même session de chemsex. Cette fois encore, c'est le GHB et le GBL qui sont les plus dangereux puisqu'ils entraînent une dépendance physique avec un syndrome de sevrage semblable à celui de l'alcool ou des benzodiazépines avec les mêmes complications (delirium tremens et crises convulsives) (91,92). Les symptômes d'une addiction à une des autres substances du chemsex semblent être principalement d'ordre psychologique et comportemental et peuvent entraîner des conséquences à la fois physiques, psychiques, interpersonnelles, socio-professionnelles et judiciaires.

Les risques psychiatriques

Si les HSH sont particulièrement exposés au risque de développer des troubles addictifs, ils le sont également aux risques de développer des troubles psychiques comme l'explique le modèle du stress minoritaire de Meyer (16). Par rapport à la population générale, les risques de présenter un trouble anxieux (106), un trouble de stress post traumatique (110), un trouble dépressif (111), un épisode psychotique (112) et des idées suicidaires (113) sont tous multipliés par 2 chez les HSH au cours de leurs vies. Celui de faire une tentative de suicide est multiplié par 3 (113). Tous ces risques sont quasiment multipliés par 2 lorsque l'on s'intéresse plus spécifiquement à la population d'HSH avec un statut séropositif au VIH (114). Le public concerné par le chemsex est donc déjà un public à haut risque.

Les données de la littérature sont en revanche contradictoires sur une potentielle surexposition à ces risques des usagers de chemsex comparativement aux autres HSH (115–117). Le risque de développer un trouble psychotique en lien avec la pratique du chemsex semble sérieux avec 7% à 37% des usagers concernés selon les études, contre 5% dans la population générale (118). Les risques de développer d'autres pathologies mentales semblent quant à eux moins évidents à généraliser à l'ensemble des usagers. Cela pourrait s'expliquer par deux aspects. D'une part, il semblerait qu'il existe une sous-population au sein des usagers de chemsex qui serait particulièrement exposé à ces risques : les usagers de slam, les poly-consommateurs et les usagers ayant développé une addiction (115). D'autre part, la pratique du chemsex pourrait être, au contraire, un facteur protecteur pour d'autres usagers. En effet, le chemsex semblerait apporter (au moins initialement) des bénéfices sur la santé mentale de certains usagers par l'intégration à une communauté permettant de rompre un isolement et par l'accès à de nouvelles expériences de sexualité débarrassée des inhibitions sociales qui freinaient jusque-là l'épanouissement sexuel (116). Cela semble particulièrement vrai pour les usagers HSH avec un statut séropositif au VIH qui subissent la stigmatisation de leur statut sérologique au sein de la société mais également au sein du milieu communautaire gay (119).

Les risques sexologiques

Si aucune différence significative concernant la satisfaction sexuelle n'a été retrouvée dans les études quantitatives entre les HSH usagers de chemsex et les autres HSH (116), plusieurs études qualitatives mettent en avant des difficultés à retrouver une sexualité sans produits chez certains usagers, y compris après des longues périodes d'abstinence (61,63,64,66,120–122).

La participation aux sessions de chemsex expose également les usagers à un risque plus élevé d'être victime de violences sexuelles (123,124) alors que la population HSH est déjà surexposée à ce risque (125). Des agressions sexuelles et des viols lors de perte de connaissance par overdose (« G-Hole ») ont déjà été rapportées par plusieurs usagers mais la question du consentement se pose de manière plus large dans la communauté du chemsex où le jugement et la prise de décision sont altérés par les prises de substances (63,126).

Étant donné les multiples enjeux de santé liés au chemsex, le recours à des professionnels de santé peut s'avérer nécessaire pour certains usagers. Conformément aux recommandations formulées par le Rapport ministériel sur le chemsex de 2022, conduit par le Pr Benyamina (1) et par la Stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) (127), l'objectif de ce travail est de comprendre la manière dont les usagers de chemsex utilisent les services de santé, afin de mieux cerner leurs attentes et leurs besoins. Pour cela, une revue systématique de la littérature a été réalisée, dont la méthodologie et les résultats sont ici présentés, puis discutés. Ce travail constitue la première étape d'une recherche plus vaste, préalable à l'étude ChemStudy, une recherche qualitative sur le vécu des soins des usagers de chemsex à Toulouse, dont la méthodologie sera brièvement présentée dans la Discussion.

MATERIEL ET METHODE

Une revue systématique de la littérature a été effectuée en juillet 2024 en suivant les recommandations PRISMA de 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses) (128).

Ce travail de recherche a été conduit par un chercheur, sous la supervision de 2 directeurs de thèse.

1. Stratégie de recherche

La stratégie PICO a été utilisée pour l'élaboration de la question de recherche et de la stratégie de recherche (129). Ces critères sont détaillés dans le Tableau 1.

La question de recherche était : quelles sont les intentions, les comportements et les attitudes des usagers de chemsex concernant l'utilisation des services de santé ?

Les objectifs de recherche étaient les suivants :

- Identifier les intentions et les comportements de recours aux soins chez les usagers de chemsex
- Explorer les attitudes des usagers de chemsex envers différents types de services de santé
- Explorer les freins et les facilitateurs aux recours aux soins chez les usagers de chemsex

Tableau 1 : Critères PICO

Population	HSH et/ou personnes trans et/ou personnes non-binaires
Intervention	Pratique de chemsex
Comparateur	Non applicable
Variables d'intérêt	Taux de recours aux soins, types de service utilisés, motifs de consultation, facteurs associés au recours aux soins, besoins et attentes des usagers, perceptions des services, vécus des soins effectués, freins à l'accès aux soins

Afin de répondre à la question de recherche, une recherche approfondie a été effectuée sur 3 bases de données : PUBMED, EMBASE et GOOGLE SCHOLAR. L'équation de recherche utilisée a été élaborée à partir de « mots-clés » représentant la population d'étude, l'intervention et les variables d'intérêt, associés entre eux par les opérateurs booléens OR et AND. Pour la base de données PUBMED, les mots-clés utilisés ont été combinés avec les mots-clés MESH associés. Toutes les équations de recherche sont disponibles dans l'Annexe 1.

Les mots-clés utilisés pour représenter la population et l'intervention ont été générés en examinant la terminologie utilisée dans la littérature sur le chemsex.

Les mots-clés utilisés pour représenter les variables d'intérêt ont été générés en examinant la terminologie utilisée dans la littérature des revues étudiant le recours aux soins.

Une recherche additionnelle manuelle a été réalisée en examinant la bibliographie des articles évalués sur leur texte intégral.

Toutes les références identifiées par ces méthodes ont été extraites puis évaluées sur des critères d'éligibilité pour inclusion ou exclusion.

2. Critères d'éligibilité

Pour cette recherche, une revue de la littérature de type mixte a été réalisée, incluant à la fois des articles présentant des études quantitatives et des articles présentant des études qualitatives. Ce design de recherche permettait de mieux aborder la question complexe du recours aux soins (130).

Seules les études provenant d'Europe de l'Ouest, d'Amérique du Nord et d'Australie ont été retenues, car les autres régions du monde présentent des niveaux plus élevés d'homophobie institutionnelle et sociale, ce qui pouvait influencer les comportements de santé des populations cibles (131).

Seules les études abordant la perspective des usagers de chemsex ont été retenues, avec un focus particulier sur la population HSH, trans et/ou non-binaire. Cette approche est justifiée par la concentration des recherches sur ces populations (132), mais aussi, et surtout, par le fait que leurs pratiques de recours aux soins sont fortement influencées par des facteurs socio-culturels spécifiques (133).

La définition du chemsex retenue dans cette revue est l'usage de substances psychoactives en contexte sexuel. L'usage d'alcool, de cannabis ou de poppers étant généralement exclus de la définition du chemsex (132), les études qui les comptabilisaient sans association avec d'autres substances psychoactives ont été exclues.

Les études qui évaluaient uniquement l'usage de PREP ou de test de dépistage d'IST chez les usagers de chemsex, déjà étudiés dans des précédentes revues de la littérature (31,52,134), ont également été exclues.

Enfin, du fait d'un manque d'accès à des traducteurs, seules les études rédigées en langue française ou en langue anglaise ont été retenues dans cette revue.

Critères d'inclusion

- Etudes réalisées entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 juillet 2024 ; rédigées en langue française ou en langue anglais ; Publiées dans une revue scientifique peer-reviewed.
- Types d'études : études observationnelles quantitatives ou qualitatives.
- Population : HSH et/ou trans et/ou non binaire.
- Etudes évaluant la pratique de chemsex dans la population d'étude, définie comme l'usage de substances psychoactives en contexte sexuel. Cet usage n'avait pas besoin d'être évalué par un questionnaire validé étant donné qu'aucune recommandation n'existe à ce sujet.
- Au moins un critère d'évaluation principal ou secondaire en lien avec l'utilisation d'un service de santé (taux de recours aux soins, types de service utilisés, motifs de consultation, facteurs associés au recours aux soins, besoins et attentes des usagers, perceptions des services, vécus des soins effectués, freins à l'accès aux soins). Cette mesure n'avait pas besoin d'être évaluée par un questionnaire validé étant donné qu'aucune recommandation n'existe à ce sujet.

Critères d'exclusion

- Autre langue que le français ou l'anglais ; études réalisées en Russie, en Amérique du Sud, en Asie, au Moyen-Orient ou en Afrique.
- Types d'étude : revue de la littérature, étude interventionnelle, études de cas, dissertations, livres, protocole, études sans méthodologie.
- Population ni HSH ni trans ni non-binaire. Les études incluant des femmes cisgenres ou des hommes non HSH ou des professionnels de santé n'ont pas été exclues si elles fournissaient des données séparées pour les HSH et/ou les personnes trans et/ou les personnes non-binaires.
- Absence de mention explicite du contexte sexuel dans l'évaluation de la pratique du chemsex. Les études incluant des personnes n'ayant pas eu de pratique de chemsex (non-usagers de substances, usagers de substances hors chemsex) n'ont pas été exclues si elles fournissaient des données séparées pour les usagers de chemsex.
- Absence de précision des substances psychoactives utilisées dans l'évaluation de la pratique de chemsex ou inclusion dans cette évaluation de l'usage d'alcool et/ou de cannabis et/ou de poppers sans association avec d'autre substances.
- Absence d'une mesure spécifique en lien avec l'utilisation d'un service de santé. Les études qui évaluaient uniquement l'usage de PREP ou de tests de dépistage d'IST ont été exclues.

3. Processus d'extraction des données

Tous les articles qui répondaient aux critères d'éligibilité ont été inclus dans cette revue.

Après extraction de toutes les références identifiées par la stratégie de recherche mentionnée précédemment, la sélection puis l'inclusion des articles ont été réalisées à l'aide d'un processus en trois étapes : 1) Sélection sur lecture du titre après suppression des doublons ; 2) Sélection sur analyse de l'abstract ; 3) Récupération et analyse du texte intégral pour inclusion finale.

Ces processus d'extraction des références, de suppression des doublons, de sélection et d'inclusion des études ont été réalisés manuellement à l'aide du logiciel bibliographique Zotero.

Les données suivantes ont été extraites de chaque étude incluse et sont présentées dans le Tableau 2 : auteur principal, année de publication, schéma d'étude, pays, taille de l'échantillon, caractéristiques des participants (mode de recrutement, âge moyen et statut VIH), variables d'intérêt.

4. Evaluation de la qualité des articles et synthèse des résultats

L'appréciation de la qualité des articles a été effectuée à l'aide du Johanna Briggs Institute Critical Appraisal Tool, un outil validé qui présente un format adapté pour chaque schéma d'étude (135,136). Les études qui ne remplissaient pas un des critères attendus ont été classifiées de qualité intermédiaire et celles qui ne remplissaient pas deux critères ou plus ont été classifiées de mauvaise qualité. Afin d'améliorer la qualité méthodologique de cette revue, seules les données des études qualitatives qui étaient soutenues par un verbatim ont été extraites pour analyse.

En raison de la portée limitée de cette revue, aucune étude n'a été écartée en fonction de critères de qualité.

Les données fournies par cette revue de la littérature de type mixte proviennent à la fois d'études quantitatives et d'études qualitatives et ont été analysées et synthétisées par une méthode de synthèse convergente basée sur les données (137).

Les résultats sont présentés sous une forme narrative incluant des tableaux et des graphiques afin de favoriser la compréhension du lecteur. Plusieurs verbatim ont été sélectionnés et extraits parmi les études qualitatives afin de mieux illustrer certains propos. Tous les graphiques présentés dans cette revue de la littérature ont été réalisés à partir des données extraites dans les études incluses. Les verbatim présentés ont été traduits en français à partir de l'anglais.

RESULTATS

Processus de sélection et caractéristiques des articles inclus

Les données sur les étapes d'identification et de sélection des articles ainsi que les raisons ayant motivées l'exclusion d'articles sur analyse de leur texte intégral sont résumées dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 1. Une seule étude a été identifiée à partir de l'analyse des bibliographies des autres études et incluse dans la sélection finale.

Au total, 19 articles ont été inclus dans cette revue de la littérature dont 13 études quantitatives et 6 études qualitatives. Toutes les études quantitatives étaient des études transversales et seules 4 rapportaient des résultats d'analyses statistiques de corrélation sur des variables relatives aux recours aux soins, les autres rapportaient uniquement des fréquences.

Les caractéristiques principales de chaque article sont résumées dans le Tableau 2. Tous les articles ont été publiés entre 2015 et 2024. La plupart provenaient du Royaume Uni (n = 6), les autres provenaient de France (n= 2), d'Allemagne (n = 2), de Belgique (n = 2), du Canada (n = 2), d'Italie (n = 1), des Pays-Bas (n = 1), d'Irlande (n = 1), d'Australie (n = 1) et une étude était multicentrique dans 4 pays d'Europe (n = 1) (Royaume-Uni, Espagne, Italie et Grèce). Les tailles d'échantillon des études variaient entre 52 et 3512 participants pour les études quantitatives et entre 9 et 64 participants pour les études qualitatives. Peu d'études spécifiaient avoir inclus des personnes trans ou non-binaire et aucune ne fournissait de donnée séparée pour ces populations.

Qualité méthodologique des articles inclus

Parmi les 19 articles inclus, 11 ont été classés de bonne qualité, 5 de qualité intermédiaire et 3 de mauvaise qualité. Les résultats complets de ces évaluations sont présentés dans les Annexes 2 et 3.

Les points de faiblesses des études quantitatives classées de mauvaise qualité (n = 2) ou de qualité intermédiaire (n = 3) étaient le manque de prise en compte des cofacteurs dans les analyses statistiques réalisées et le manque de précision des données relatives aux critères d'inclusion ou aux caractéristiques de leurs échantillons.

Les points de faiblesses des études qualitatives classées de mauvaise qualité (n = 1) ou de qualité intermédiaire (n = 2) étaient l'absence de prise en compte de la subjectivité du chercheur dans l'interprétation des résultats ou le manque d'étayage des résultats par des verbatim. L'étude de mauvaise qualité avait utilisé une méthode de recueil des données non conforme car sans enregistrement audio.

1. Intentions et comportements de recours aux soins

Des données sur les intentions et les comportements de recours aux soins des usagers de chemsex étaient rapportées dans les 13 études quantitatives. Ces résultats sont présentés selon 3 domaines distincts : les utilisations courantes des services de santé, la demande d'aide professionnelle liée au chemsex et les consultations effectuées pour un motif lié au chemsex.

a. Utilisations courantes des services de santé

Des données sur les taux d'utilisations courantes des services de santé étaient rapportées dans 6 études quantitatives et sont présentées dans le Tableau 3.

Les professionnels de santé les plus consultés par les usagers de chemsex étaient les médecins généralistes (entre 53 et 83%) et les professionnels de centres de santé sexuelle (entre 66 et 69%). Aucune différence significative n'était retrouvée dans les taux de consultations auprès des médecins généralistes par rapport aux autres HSH (138). En revanche, les usagers de chemsex, peu importe leur statut sérologique VIH, étaient plus susceptibles de consulter dans un centre de santé sexuelle par rapport aux autres HSH (139).

Entre 7 et 22% des usagers étaient en cours de suivi par un.e psychiatre et entre 2 et 29% par un service d'addictologie. Ces grandes variations résultaient probablement des différences méthodologiques entre les études, les taux les plus élevés provenant d'échantillons recrutés dans des services spécialisés pour le chemsex. Seulement 9% consultaient auprès d'un service de santé communautaire LGBTQI+ (140).

Concernant les taux de recours aux traitements médicamenteux (n = 3) (138,141,142), dans les échantillons cliniques, 31 à 35% prenaient un traitement psychotrope, contre seulement 4% en médecine générale. Trop peu de donnée était rapportée sur les types de psychotropes utilisées.

Figure 1 : Diagramme de flux selon les recommandations PRISMA 2020

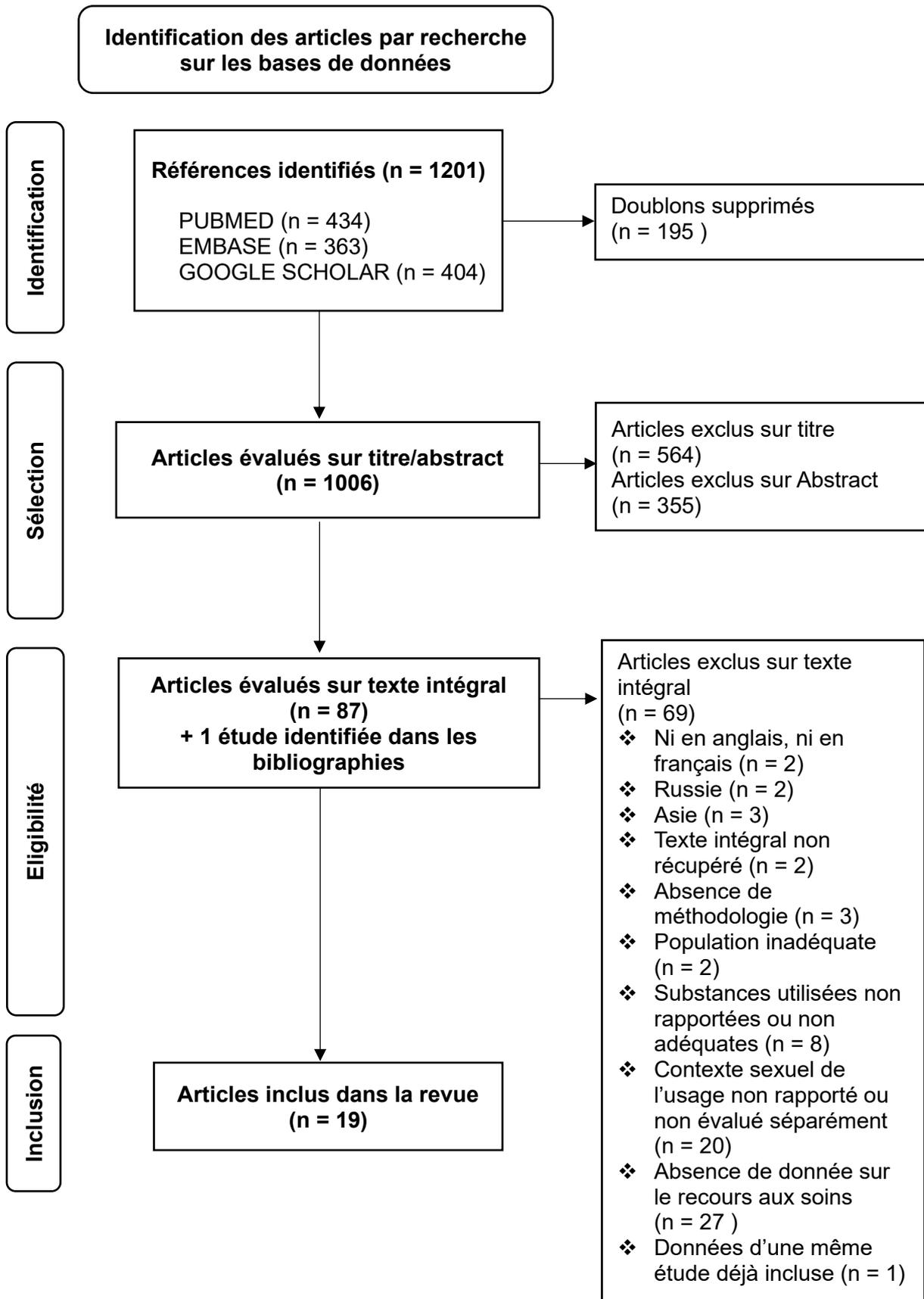


Tableau 2 : Caractéristiques des articles inclus

Auteur principal (Année)	Schéma d'étude	Pays	Echantillon	Caractéristiques des participants	Variables d'intérêt	Qualité méthodologique
Aslan (2024) (141)	Etude transversale	France	N = 96	(1) Centre spécialisé (2) 41 ans (3) Pas de donnée	Comportements de RaS	Mauvaise
Blomquist (2020) (143)	Etude transversale	Royaume-Uni	N = 3512 (SE)	(1) Commodité (2) 43 ans (3) 13% VIH+	Comportements de RaS	Intermédiaire
Bourne (2015) (144)	Etude qualitative	Royaume-Uni	N = 30	(1) Commodité (2) 36 ans (3) 43% VIH+	Attitudes envers les services Facilitateurs	Intermédiaire
Curtis (2020) (139)	Etude transversale	Royaume-Uni	N = 1644	(1) Bars, clubs et saunas (2) 35 ans (3) 10% VIH+	Comportements de RaS	Bonne
Demant (2022) (145)	Etude transversale	Australie	N = 184	(1) Commodité (2) 39 ans (3) Pas de donnée	Comportements de RaS Attitudes envers les services Barrières et facilitateurs	Bonne
Evers (2020) (146)	Etude transversale	Pays-Bas	N = 209 (SE)	(1) Centres IST/VIH (2) 38 ans (3) 27% VIH+	Attitudes envers les services Barrières	Intermédiaire
Gaudette (2022) (147)	Etude qualitative	Canada	N = 64	(1) Commodité (2) 44 ans (3) Pas de donnée	Attitudes envers les services Barrières et facilitateurs	Intermédiaire
Gertzen (2024) (148)	Etude transversale	Allemagne	N = 107 (SE)	(1) Commodité (2) 35 ans (3) 39% VIH+	Comportements de RaS Attitudes envers les services	Bonne
Glynn (2018) (149)	Etude transversale	Irlande	N = 131 (SE)	(1) Centre spécialisé (2) 35 ans (3) 8% VIH+	Attitudes envers les services Facilitateurs	Bonne

(SE) : Sous échantillon ; (1) : Mode de recrutement ; (2) : Age moyen ou médian ; (3) Statut VIH ; RaS : Recours aux soins

Tableau 2 : Caractéristiques des articles inclus

Herrijgers (2020) (150)	Etude qualitative	Belgique	N = 20	(1) Commodité (2) 43 ans (3) Pas de donnée	Attitudes envers les services Barrières	Bonne
Knoops (2022) (151)	Etude transversale	Pays-Bas	N = 175 Usagers de slam	(1) Commodité (2) 48 ans (3) 49% VIH+	Comportements de RaS	Bonne
Maxwell (2020) (142)	Etude transversale	Royaume- Uni	N= 165 HSH VIH-	(1) Centre spécialisé (2) 36 ans (3) 100% VIH-	Comportements de RaS Attitudes envers les services	Intermédiaire
Nagington (2022) (152)	Etude qualitative	Royaume- Uni	N = 9 (SE)	(1) Commodité (2) 39 ans (3) Pas de donnée	Attitudes envers les services Barrières et facilitateurs	Bonne
Nimbi (2020) (153)	Etude qualitative	Italie	N = 30	(1) Commodité (2) 40 ans (3) Pas de donnée	Attitudes envers les services Barrières	Mauvaise
Rollet (2022) (138)	Etude transversale	France	N = 94 (SE)	(1) Centres IST/VIH (2) 37 ans (3) 11% VIH+	Comportements de RaS Attitudes envers les services Barrières	Bonne
Schecke (2019) (140)	Etude transversale	Alle- magne	N = 130 (SE)	(1) Commodité (2) 35 ans (3) 53% VIH+	Comportements de RaS	Bonne
Souleymanov (2021) (154)	Etude qualitative	Canada	N = 44	(1) Commodité (2) 37 ans (3) 53% VIH+	Attitudes envers les services Barrières	Bonne
Tomkins (2018) (155)	Etude transversale	Royaume- Uni	N = 52	(1) Commodité (2) 30 ans (3) 74% VIH+	Comportements de RaS Barrières et facilitateurs	Mauvaise
Whitlock (2021) (156)	Etude transversale	Europe	N = 382 (SE) HSH VIH+	(1) Centre VIH (2) 38 ans (3) 100% VIH+	Comportements de RaS	Bonne

(SE) : Sous échantillon ; (1) : Mode de recrutement ; (2) : Age moyen ou médian ; (3) Statut VIH ; RaS : Recours aux soins

Tableau 3 : Taux d'utilisations courantes des services de santé

<p>Santé sexuelle (n = 2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Blomquist (Royaume-Uni) (143) : 66% avaient consulté un centre de santé sexuelle dans l'année (contre 37% chez les autres HSH). Ce taux montait à 81% parmi les usagers de slam. ❖ Curtis (Royaume-Uni) (139) : 69% des HSH VIH- et 96% des HSH VIH+ avaient consulté un centre de santé sexuelle dans l'année, soit significativement plus que les autres HSH de même statut VIH.
<p>Addictologie (n = 2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aslan (France) (141) : 29% étaient en cours de suivi par un service d'addictologie. ❖ Schecke (Allemagne) (140) : 2% étaient en cours de suivi par un service d'addictologie. Ce taux était identique chez les autres HSH.
<p>Santé mentale (n = 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aslan (France) (141) : 22% étaient en cours de suivi par un.e psychiatre et 33% par un.e psychologue. 14% avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie ou en addictologie. ❖ Maxwell (Royaume-Uni) (142) : 22% étaient en cours de suivi par un service de psychiatrie. ❖ Schecke (Allemagne) (140) : 7% étaient en cours de suivi par un.e psychiatre (contre 2% chez les autres HSH) et 13% par un.e psychologue (contre 4% chez les autres HSH).
<p>Médecine générale (n = 2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rollet (France) (138) : 83% avaient un.e médecin traitant déclaré qu'ils consultaient en moyenne 3 fois par an. Il n'y avait aucune différence significative avec les autres HSH. ❖ Schecke (Allemagne) (140) : 53% étaient suivis par un.e médecin généraliste (1^{ère} forme d'engagement avec les soins).
<p>Santé communautaire LGBTQI+ (n = 1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Schecke (Allemagne) (140) : 9% consultaient auprès d'un service de santé communautaire LGBTQI+ (contre 1% chez les autres HSH)

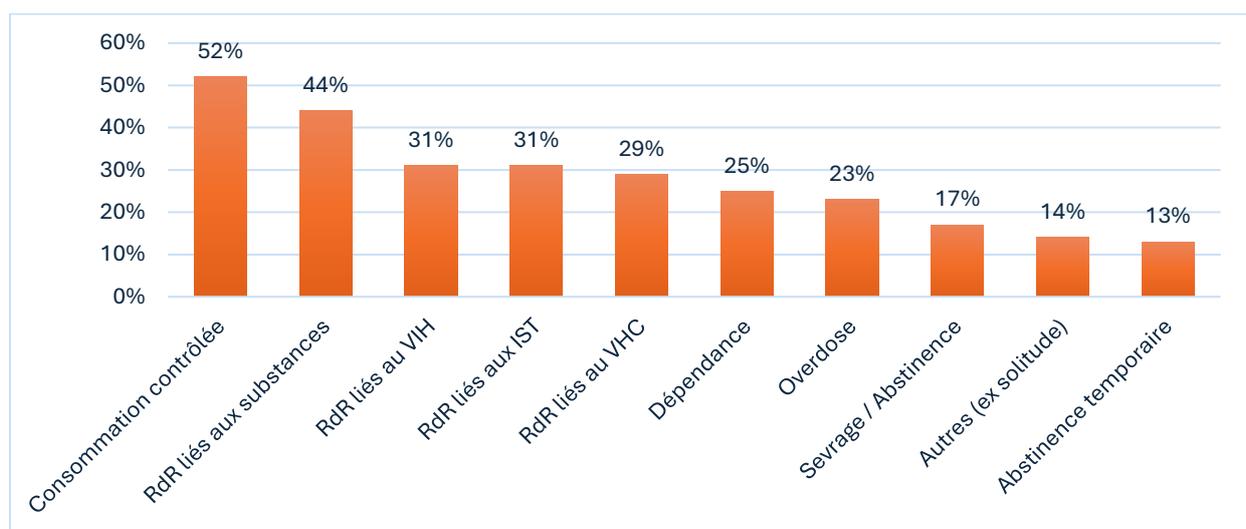
b. Demande d'aide professionnelle liée au chemsex

Les taux d'usagers de chemsex rapportant un besoin d'aide professionnelle par rapport à leur pratique de chemsex étaient rapportés dans 3 études quantitatives et été tous compris entre 23% et 31% (146,148,149).

Des données sur les motifs des consultations souhaitées étaient rapportées dans une seule de ces études, celle de Evers au Pays-Bas (146), et ont été extraites pour être présentées sous forme d'un graphique dans la Figure 2. La quasi-totalité des motifs rapportés étaient liés aux risques addictifs de la pratique du chemsex et à ces conséquences négatives perçues. Les autres motifs étaient en lien avec des besoins d'informations sur la réduction des risques liés aux substances ou liés aux IST/VIH/VHC.

Dans cette même étude de Evers (146), quatre facteurs étaient retrouvés associés à la demande d'aide professionnelle : la perception d'un impact négatif de la pratique du chemsex sur sa vie, l'intention de changer sa pratique de chemsex, une fréquence de sessions de chemsex supérieure à 2 par mois et l'absence de rapport sexuel sans substance depuis plus de 3 mois. Aucune association significative n'était retrouvée entre les caractéristiques socio-démographique des usagers et la demande d'aide professionnelle.

Figure 2 : Motifs de consultations souhaitées sur un sous échantillon de 48 usagers de chemsex en demande d'aide professionnelle au Pays-Bas (Evers 2020) (146).



c. Consultations effectuées pour un motif lié au chemsex

Des données sur les taux de consultations effectuées pour un motif lié au chemsex étaient rapportées dans 6 études quantitatives et sont présentées dans le Tableau 4.

Les professionnels de santé les plus consultés pour un motif lié au chemsex étaient les médecins généralistes (25-79%) et les médecins et infirmier.es en santé sexuelle (21-28%). Aucune donnée n'était rapportée sur les consultations auprès de psychiatres ou d'addictologues pour un motif lié au chemsex. Entre 7 et 25% des usagers de chemsex avaient déjà consulté un service d'urgence médicale pour un motif en lien au chemsex.

Des données sur les motifs de ces consultations étaient rapportées dans une seule étude, celle de Rollet en France (138), et ont été extraites pour être présentées sous forme d'un graphique dans la Figure 3. La quasi-totalité des motifs rapportés étaient liés à des actions de dépistage ou de suivi en lien avec le VIH, les IST et le VHC. Les autres motifs de consultation étaient minoritaires et en lien avec le risque addictif ou avec les conséquences négatives perçues du chemsex (anxiété, troubles du sommeil, dépression ou idées suicidaires, pharmacotoxicité).

2. Attitudes envers les services de santé

Des données sur les attitudes des usagers de chemsex envers les services de santé étaient rapportées dans 9 études (5 études quantitatives et 4 qualitatives).

Parmi elles, 2 études quantitatives rapportaient des données comparatives sur la préférence entre différents types de services de santé pour parler de chemsex, lesquelles ont été extraites pour être présentées sous forme d'un graphique dans la Figure 4. Les seuls services qui emportaient une majorité d'usagers dans les 2 études étaient les services de santé sexuelle (56-59%).

Tableau 4 : Taux de consultations effectuées pour un motif lié au chemsex

<p>Santé sexuelle (n = 1)</p>	<p>❖ Demant (Australie) (145) : 28% avaient déjà discuté de leur pratique de chemsex avec un.e médecin en santé sexuelle, 21% avec un.e infirmier.e en santé sexuelle, 13% avec un.e sexologue.</p>
<p>Addictologie (n = 0)</p>	<p>❖ Pas de donnée</p>
<p>Santé mentale (n = 1)</p>	<p>❖ Demant (Australie) (145) : 17% avaient déjà discuté de leur pratique de chemsex avec un.e psychologue</p>
<p>Médecine générale (n = 2)</p>	<p>❖ Demant (Australie) (145) : 25% avaient déjà discuté de leur pratique de chemsex avec un.e médecin généraliste ❖ Rollet (France) (138): 79% avaient déjà consulté un.e médecin généraliste pour un motif lié au chemsex. Seulement 28% avaient divulgué leur pratique de chemsex au cours de la consultation. 10% avaient déjà été mis en arrêt de travail à cause du chemsex.</p>
<p>Santé communautaire LGBTQI+ (n = 1)</p>	<p>❖ Demant (Australie) (145) : 15% avaient déjà discuté de leur pratique de chemsex avec un.e travailleur.euse d'un service de santé communautaire LGBTQI+.</p>
<p>Service de soins non précisé (n = 3)</p>	<p>❖ Knoops (Pays-Bas) (151): 20% avaient déjà consulté pour un motif lié au chemsex. ❖ Tomkins (Royaume-Uni) (155): 8% avaient déjà consulté pour un motif lié au chemsex. ❖ Whitlock (Europe) (156) : 15% avaient déjà consulté pour un motif lié au chemsex (19% au Royaume-Uni, 16% en Espagne, 7% en Grèce et 5% en Italie).</p>
<p>Service d'urgence médicale (n = 2)</p>	<p>❖ Aslan (France) (141) : 25% avaient déjà eu recours à un service d'urgence pour un motif lié au chemsex ❖ Whitlock (Europe) (156) : 7% avaient déjà eu recours à un service d'urgence pour un motif lié au chemsex (16% en Italie, 11% en Espagne, 7% au Royaume-Uni et 1% en Grèce)</p>

Figure 3 : Motifs de consultations effectuées en lien avec le chemsex chez un.e médecin généraliste sur un échantillon de 91 usagers en France (Rollet 2022) (138)

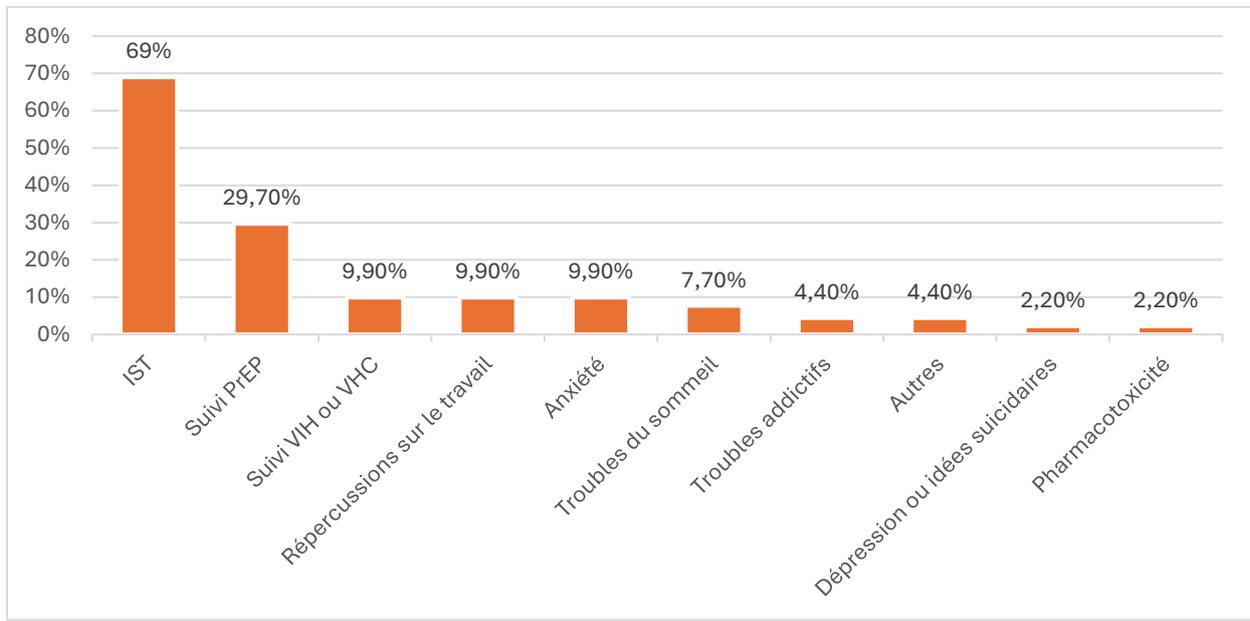
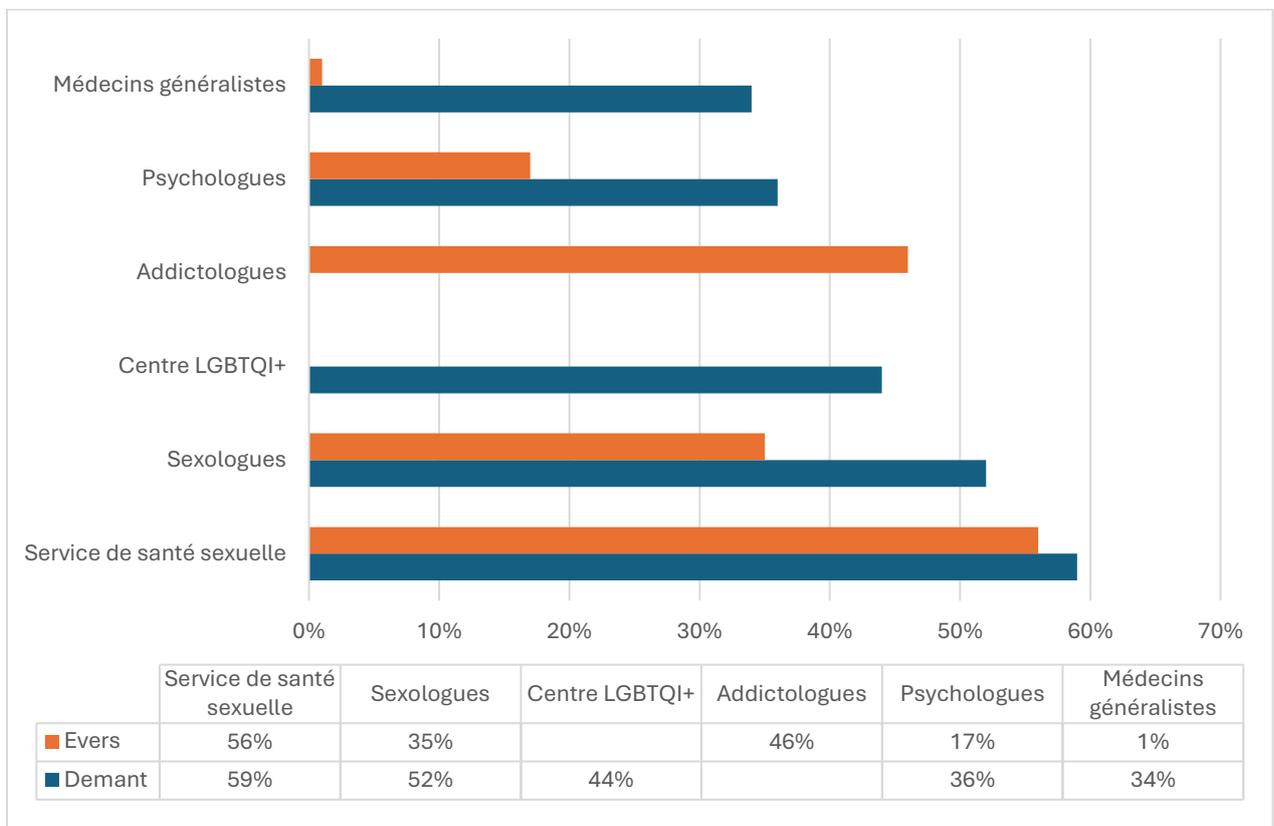


Figure 4 : Préférences entre différents types de services de santé pour parler de chemsex sur des échantillons de 48 usagers au Pays-Bas (Evers 2020) (146) et 184 usagers en Australie (Demant 2022) (145)



Les services de santé sexuelle (n = 5)

Les services de santé sexuelle étaient les services préférés des usagers pour bénéficier d'une aide professionnelle liée au chemsex (145,146,149,155) avec 80% des usagers ayant consultés qui avaient reçus les informations recherchées (145). Ces services étaient jugés comme la source d'information la plus fiable concernant le chemsex (145) et 66% estimaient qu'une consultation dédiée devrait y être proposée (149). En revanche, certains usagers déploraient que ces structures se concentraient trop sur leurs données biomédicales en négligeant leur bien-être psychique.

« C'était très médical. Je n'ai jamais senti que ma tête et mon esprit étaient pris en compte... C'était vraiment voilà comment est votre sang » Homme de 39 ans séropositif au VIH.

Nagington (Royaume-Uni) (152)

Les services d'addictologie (n = 4)

Les services d'addictologie étaient cités comme la seconde source d'information la plus fiable sur le chemsex (145) et 46% des usagers déclaraient qu'ils aimeraient bien parler de chemsex avec les professionnels de ces structures (146). En revanche, 2 études quantitatives rapportent des expériences d'usagers plutôt négatives avec ces structures, jugées mal adaptées aux problématiques du chemsex.

« J'ai été en contact avec [service d'addictologie] à plusieurs reprises, mais je ne les ai pas aimés. Habituellement, quand je dis que j'ai un problème avec le chemsex, je dois toujours expliquer de quoi il s'agit... à chaque fois. Les réactions [des professionnels de ce service] ne sont jamais très positives : ils me regardent mal, je me sens jugé et ils me traitent comme un junkie ordinaire » Homme gay de 41 ans.

Nimbi (Italie) (153)

A propos d'un groupe de parole *« Arriver dans cet environnement, ou il n'y avait que des mecs hétéros, c'était difficile. Donc sois-je ne disais rien, soit je disais juste des choses qui passeraient facilement dans la conversation. Par exemple, je n'ai pas dit que j'allais au sauna 5 fois par semaine ou que j'avais attrapé une maladie vénérienne ou telle ou telle IST [...] Je restais très général, comme « Oui j'ai un problème de drogues lié au sexe », c'est tout. Mais je n'entrai pas dans les détails ».*

Personne queer de 55 ans. Gaudette (Canada) (147)

Les services de santé mentale (n = 2)

Les usagers de chemsex étaient minoritaires à se dire à l'aise pour parler de chemsex avec un.e psychologue (entre 17 et 36%) (145,146). Parmi ceux ayant abordé le sujet avec un.e psychologue, 60% disaient avoir obtenu les informations recherchées (145). Aucune donnée n'était fournie sur les perceptions des usagers envers les psychiatres. De même, aucune étude qualitative ne fournissait de données sur les attitudes des usagers envers ces services.

Médecine générale (n = 2)

40% déclaraient s'être déjà sentis stigmatisés en médecine générale soit près de 2 fois plus que les autres HSH (association significative uniquement en analyse univariée) et 64% se déclaraient plutôt ou totalement insatisfaits de la prévention en matière de santé sexuelle proposée par ces professionnels (pas de différence significative avec les autres HSH) (138). Seuls 1 à 34% des usagers déclaraient qu'ils se sentiraient à l'aise pour parler de chemsex avec un.e médecin généraliste (145,146) et seuls 28% avaient divulgué leur pratique au cours d'une consultation pour un motif connexe (138). Cependant, parmi ceux ayant abordé le sujet, 76% disaient avoir obtenu les informations recherchées (145). Aucune étude qualitative ne fournissait de données sur les attitudes des usagers envers ces professionnels de santé.

Services de santé communautaire (n = 2)

Ces services étaient l'option préférée envisagée pour parler de chemsex pour 19% des usagers (155) et 44% déclaraient qu'ils se sentiraient à l'aise pour le faire (145). Parmi ceux ayant abordé le sujet avec un.e travailleur.euse de ces centres, 65% disaient avoir obtenu les informations recherchées (145). Aucune étude qualitative ne fournissait de données sur les attitudes des usagers envers ces services.

Pour les services d'urgences (n = 1)

Plus de la moitié des participants décrivaient des réticences à contacter les services d'urgence en cas de surdosage pendant une session de chemsex de peur d'une intervention de la police.

« Hmm, le fait est que les drogues sont illégales. Alors oui, si ça tourne vraiment mal, appeler un service d'urgence... c'est un sujet très très délicat » Homme de 26 ans

Herrijgers (Belgique) (150)

3. Barrières et facilitateurs du recours aux soins

Des données sur les barrières et les facilitateurs du recours aux soins sont rapportées dans 8 études (3 quantitatives et 5 qualitatives) et ont été conceptualisées comme des facteurs entravant ou favorisant les attitudes et les comportements de recours aux soins.

a. Barrières aux recours aux soins

Des données sur les barrières au recours aux soins étaient rapportées dans 7 études, dont une qui fournissait des données comparatives sur les raisons de l'absence de demande de soins, lesquelles ont été extraites pour être présentées sous forme d'un graphique dans la Figure 5.

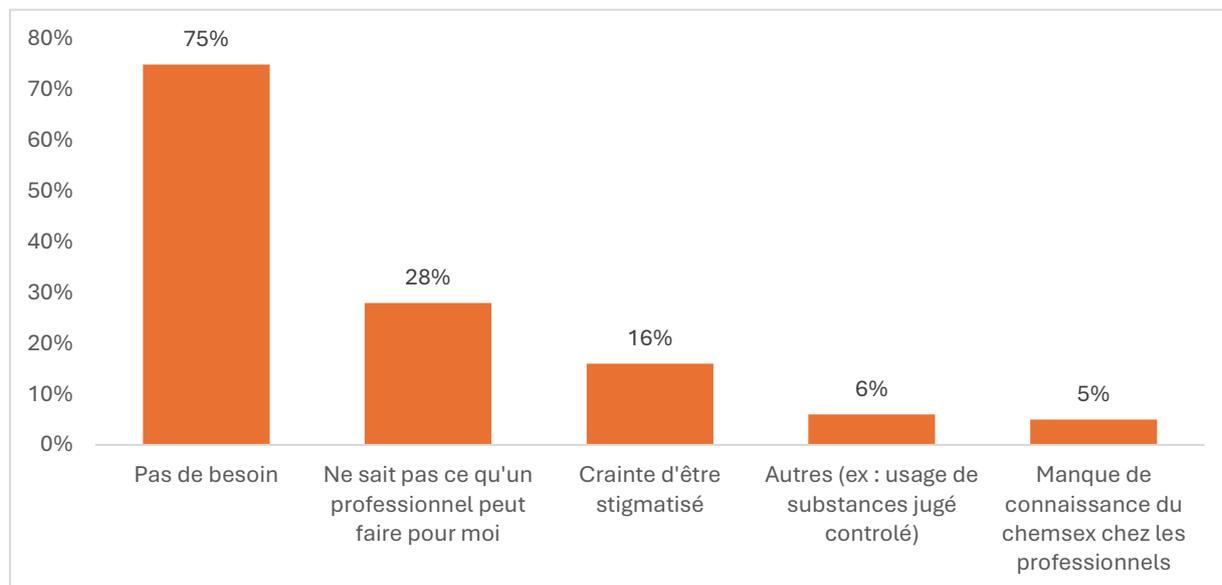
Les principaux obstacles aux soins rapportés étaient la stigmatisation (n = 4), le manque de connaissance du réseau de soins par les usagers (n = 4), le manque de connaissance des professionnels sur le chemsex (n = 3) et la confidentialité (n = 2). Les autres obstacles rapportés étaient le manque de coordination des soins (n = 1), le manque d'accès à des soins en sexologie (n = 1) et l'approche basée uniquement sur l'abstinence (n = 1).

Stigmatisation et barrière culturelle (n = 4)

Les usagers qui craignaient la stigmatisation étaient moins susceptibles de savoir où consulter si besoin (145) et 16% évitaient les soins par peur de jugement (146). Cette crainte était plus fréquente chez les consommateurs de métamphétamine (145) et concernait autant leurs consommations que leurs orientations et leurs pratiques sexuelles (147). Parmi ceux qui consultaient, certains renonçaient à aborder le sujet, tandis que d'autres critiquaient les discours alarmistes des professionnels.

« Il y a [des professionnels] avec qui je ne me sentais pas à l'aise de parler, qu'ils me voyaient comme imparfait, trash, un accro, comme un accro au sexe sale et sans classe en quelque sorte. Je ne pense pas que les professionnels me jugeaient réellement. Mais c'était un espace qui ne me permettait pas d'être suffisamment à l'aise pour montrer toutes mes couleurs ». Homme cisgenre et gay de 32 ans.
Gaudette (Canada) (147)

Figure 5 : Raisons de l'absence d'une demande de soins sur un sous échantillon de 161 usagers de chemsex non-demandeur de soins au Pays-Bas (Evers 2020) (146)



« Je pense que, le plus souvent, j'avais l'impression qu'il ne fallait que j'en parle. Que c'était mieux ainsi, pour ne pas être jugé. Je pense que c'est plus un problème d'ignorance sur le sujet et le milieu. Je ne pense pas que les gens étaient là pour juger [...] Mais, gay, bisexuel, peu importe l'orientation sexuelle autre qu'hétérosexuel, c'est une autre histoire. C'est un tout autre monde. Et vous devez en être conscient ». Homme cisgenre et pansexuel de 56 ans.

Gaudette (Canada) (147)

« Je suis allé voir un sexologue gay, et il m'a dit : « le crystal meth, c'est le monstre, le diable ». J'étais tellement terrifié à l'idée de le revoir, parce que je m'en voulais tellement ». Homme cisgenre et gay de 40 ans.

Gaudette (Canada) (147)

« A un moment donné, j'ai eu un médecin pour mon check-up habituel et j'ai senti qu'il n'était absolument pas d'accord avec cela. Il ne l'a pas dit littéralement, mais j'ai eu l'impression qu'il pensait que c'était ma faute » Homme de 28 ans.

Herrijgers (Belgique) (150)

« Je me souviens avoir dit à une phlébotomiste que j'avais utilisé des drogues intraveineuses et, immédiatement après avoir fait cette déclaration, j'avais l'impression d'être traité comme un citoyen de seconde zone. Elle n'a rien dit. Elle a été incroyablement dure avec moi. Elle avait enfoncé l'aiguille dans mon tendon. C'était tout simplement terrible. C'était tellement différent ». Homme gay de 44 ans séropositif au VIH.
Souleymanov (Canada) (26)

Manque de connaissance du réseau de soin (n = 4)

Plusieurs usagers déclaraient ne pas savoir où consulter si besoin (145). 52% déclaraient ne pas être au courant de l'existence de services de soutien pour les usagers de chemsex (155) et 28% évitaient les soins car ils ne savaient pas ce que les services pourraient leur proposer (146).

« Je suis ici parce que par hasard, j'en ai parlé à [nom du médecin] au bon moment – je ne connaissais même pas l'existence de certains services ». Homme de 39 ans.
Herrijgers (Belgique) (150)

Manque de connaissance des professionnels (n = 3) :

5% des usagers évitaient les soins car ils jugeaient que les professionnels de santé manquaient de connaissance sur le chemsex (146). Certains usagers rapportaient avoir du mal à trouver des professionnels aptes à discuter à la fois de substances et de sexualité (150), et se retrouvaient parfois à devoir eux-mêmes les informer (153).

« Tous les psychologues que j'ai consultés avaient plus d'expérience dans un domaine que l'autre. C'est très difficile d'en trouver un spécialisé dans les addictions combinées au sexe. Hmm, ouai, je n'ai trouvé aucune bonne thérapie ». Homme de 58 ans.
Herrijgers (Belgique) (150)

A propos des services d'addictologie, « Habituellement, quand je dis que j'ai un problème avec le chemsex, je dois toujours expliquer de quoi il s'agit... à chaque fois ». Homme gay de 41 ans.
Nimbi (Italie) (153)

Confidentialité (n = 2)

La crainte d'être reconnu et le besoin de préserver leur anonymat, souvent en cachant leurs pratiques de chemsex à leurs proches, sont des raisons évoquées par les usagers pour éviter les soins (150,155), certains utilisant des techniques pour dissimuler leur identité.

« Vous n'utilisez jamais votre vrai nom. Hmm, oui je n'utilise jamais mon téléphone personnel, mais toujours celui du travail. Mon téléphone est éteint quand je suis à la maison. Alors oui, chacun utilise ces propres techniques ». Homme de 49 ans.

Herrijgers (Belgique) (150)

Coordination des soins (n = 1) :

Certains usagers exprimaient un manque de soutien en termes de suivi à la sortie des hospitalisations, entraînant des rechutes (147).

« Alors, j'arrive en désintox, puis c'est 1 mois, ou 3 mois, ou certains c'est 6 mois, et puis on me dit que je dois retourner dans un monde que je ne reconnaitrai probablement pas... [...] C'est une autre vision, on ne voit plus le monde de la même manière. Vous avez été défoncé pendant tant d'années. Et puis, tu te remets dedans, tu es fragile, en pleine forme, genre wow, tout va bien, je me sens bien... Je ne reconnais pas mon quartier, je continue de recevoir des messages de gens avec qui je consommais, je suis tenté, c'est dur, j'ai besoin de trouver de l'argent. Et vous pensez que je vais être capable de rester abstinent ? ». Personne non binaire et gay

de 31 ans.

Gaudette (Canada) (147)

Manque d'accès à des soins en sexologie (n = 1)

Certains usagers exprimaient un manque d'accompagnement pour retrouver du plaisir dans une sexualité sans substances (152) .

A propos d'un groupe de soutien, *« ça m'a vraiment aidé par rapport aux substances »* mais *« Il n'y avait pas vraiment de soutien pour remettre sa vie sexuelle en ordre »*. Homme de 49 ans séropositif au VIH.

Nagington (Royaume-Uni) (152)

«La variété et le type de relations sexuelles que j'avais étaient 100 % meilleurs lorsque je prenais des chems » Homme jeune séronégatif au VIH.

Nagington (Royaume-Uni) (152)

« La seule chose que je ne peux pas abandonner, c'est le sexe... c'est avec cela que je lutte » Homme de 34 ans séropositif au VIH.

Nagington (Royaume-Uni) (152)

L'approche basée uniquement sur l'abstinence (n = 1)

Certains usagers rapportaient que l'approche basée uniquement sur l'abstinence ne correspondait pas à leur besoin et que cette approche pouvait entraîner chez eux un vécu de culpabilité les éloignant des soins (147).

A propos d'un groupe des Crystal Meth Anonymes (équivalent des Alcooliques Anonymes), *« Dans la philosophie des 12 étapes (...), le temps d'abstinence est vraiment important. Ainsi, lorsque vous rechutez, vous arrêtez d'y aller parce que vous vous sentez mal et cela devient essentiellement un groupe exclusif de personnes qui ont atteint une certaine période d'abstinence, donc vous ne vous sentez plus inclus. »* Homme cisgenre et gay de 63 ans.

Gaudette (Canada) (147)

b. Facilitateurs aux recours aux soins

Des données sur les facilitateurs aux recours aux soins étaient rapportées dans 4 études.

Les principaux facteurs facilitant le recours aux soins rapportés étaient les postures professionnelles d'ouverture (n = 4) et la coordination des soins (n = 2). Les autres facteurs rapportés étaient des besoins spécifiques (n = 1).

Postures professionnelles d'ouverture (n = 3)

Les usagers attendaient des professionnels de santé des qualités telles que le non-jugement, l'écoute, la bienveillance et l'empathie (147,155). Certains auraient souhaiter que le sujet du chemsex soit abordé par les professionnels pour faciliter la discussion (152).

A propos d'un centre de santé communautaire LGBTQI+, « *Ça s'est vraiment bien passé. J'ai été bien accueilli et le [professionnel] a été vraiment super avec moi. J'avais l'impression d'être écouté, entendu, compris, respecté. Cela m'a vraiment fait beaucoup de bien (...). Je ne me suis jamais senti jugé par les professionnels de [organisme communautaire LGBTQI+]. Bien sûr, c'est la base, avoir l'impression que lorsque vous parlez de quelque chose, la personne comprend. Quelqu'un qui n'est pas déstabilisé, quelqu'un qui est avant tout respectueux, empathique, qui vous laisse l'espace pour parler et vous exprimer* » Homme cisgenre gay de 47 ans.
Gaudette (Canada) (147)

A propos d'un accompagnement avec une thérapeute, « *C'était une approche très humaniste. Elle s'est vraiment concentrée sur mes émotions, mes besoins. Elle a mis toutes ses notes de côté et ne s'en est pas servi, à ma demande. La consommation de drogues en elle-même n'a jamais été le problème. Nous avons parlé de ce qui me faisait consommer, de ma souffrance dans les relations avec les autres. C'était extraordinaire* ». Personne queer de 55 ans.
Gaudette (Canada) (147)

A propos d'un centre de santé sexuelle, « *J'arrivais à mes rendez-vous, quand je n'étais pas sobre ça se voyait directement... J'avais du mal à parler, parce j'avais pris trop de G[BL].. Je demandais de l'aide de façon très bizarre. Je disais simplement aux gens de plus en plus que ce qui se passait, dans l'espoir que quelqu'un se retourne et dise, avait vous besoin de quelque chose ? [...] Si quelqu'un c'était posé avec moi réellement, et qu'on en aurait parler... J'étais plus que disposé à accepter de l'aide, je ne savais tout simplement pas comment m'y prendre* ». Homme de 34 ans séropositif au VIH.
Nagington (Royaume-Uni) (152)

Cet usager a été hospitalisé à 2 reprises pour des sevrages et émet l'hypothèse que celles-ci auraient pu être évitées avec des questions simples.

« *A quelle fréquence le faites-vous [le chemsex] ? Est-ce que c'est plus que simplement un week-end ? Commencez à creuser, à quelle fréquence et à quel moment ils le font. Certains pourrait se dire que c'est un peu personnel, mais pour moi si on m'avait posé ces questions, j'aurais été très heureux* ».
Nagington (Royaume-Uni) (152)

Coordination des soins (n = 2)

Certains usagers exprimaient un besoin de prise en charge globale avec des services de santé combinant les approches de santé sexuelle et d'addictologie (144). D'autres valorisaient les suivis personnalisés avec une continuité des soins tout au long de leur parcours (147).

« Il y a beaucoup de services pour la santé sexuelle et quelques-uns pour la consommation de substances et je pense vraiment qu'il devrait y avoir plus de services combinés. Il y a beaucoup de facteurs psychologiques qui motivent les deux et ils sont très liés ». Homme séronégatif au VIH de 24 ans.
Bourne (Royaume-Uni) (144)

« J'avais une professionnelle qui était vraiment incroyable. Elle m'a suivi. Elle m'a fortement conseillé de faire une cure. [...] Mais elle m'a quand même suivi tout au long de mon parcours, qui a concerné 11 centres ou lieux fréquentés sur une période d'un peu moins d'un an. J'étais en contact avec elle. J'allais la voir et elle venait me voir aux différents endroits où j'étais. (...) J'avais des permissions pour aller la voir à son bureau, sinon elle venait me voir ». Homme cisgenre et pansexuel de 56 ans.
Gaudette (Canada) (147)

Besoins spécifiques (n = 1)

Certains usagers exprimaient des besoins spécifiques tel que des hospitalisations de rupture avec leur environnement ou des accompagnements à la reprise du travail (147).

A propos d'une post-cure d'addictologie, *« J'avais besoin d'aller me reposer ailleurs. J'avais besoin de sortir de mon environnement, de ne pas avoir honte de ce qui m'arrivait, de simplement me détendre et de prendre soin de moi »* Homme cisgenre et gay de 35 ans.
Gaudette (Canada) (147)

A propos d'une post-cure d'addictologie, *« Mon besoin était double : je voulais maintenir mon abstinence et je voulais des conseils pour savoir si je pouvais retourner au travail ou si je devais retourner à l'école. [Le centre de post-cure] proposait les deux. Les matins étaient consacrés à la relation d'aide pour maintenir l'abstinence de consommation de substances et les après-midis se focalisaient sur*

l'accès au travail. On a fait des tests, on a effectué des recherches, c'était vraiment axé sur un retour au travail ou aux études. La combinaison des deux était très attractive, très motivante. (...) C'était parfait par rapport à là où j'en étais dans ma démarche » Homme cisgenre et gay de 59 ans.

Gaudette (Canada) (147)

DISCUSSION

L'objectif de ce travail était de mieux comprendre l'utilisation des services de santé par les usagers de chemsex. Cette revue a analysé les données de 19 articles dont 13 études quantitatives et 6 études qualitatives. Les résultats ont révélé que les usagers de chemsex de différents pays à travers l'Europe, l'Amérique du Nord et l'Australie, présentaient des similitudes dans leurs comportements et leurs attitudes envers les services de santé. Ces usagers identifiaient également des obstacles et des facilitateurs communs aux recours aux soins dans leurs expériences. Plusieurs enseignements tirés des résultats sont ici proposés à la discussion, utiles à la fois pour les politiques de santé publique et pour la pratique clinique des professionnels de santé.

Le chemsex, une pratique pas toujours problématique

Les résultats indiquent qu'une minorité d'usagers de chemsex seulement (entre 20 et 30%) étaient en demande d'aide professionnelle par rapport à leur pratique. Parmi les non-demandeurs, la principale raison évoquée était l'absence de besoin ressenti. Ces résultats soulignent avant tout que, pour une majorité des usagers, le chemsex n'est pas perçu comme une pratique problématique. Ces résultats sont en accord avec ceux de la revue de Lafortune (2021)(157), qui mettaient en évidence les bénéfices de la pratique du chemsex sur le bien-être psychique de certains usagers, par l'opportunité offerte de s'épanouir dans sa sexualité et de renforcer le sentiment d'appartenance à une communauté.

Cette revue souligne ainsi l'importance pour les professionnels de santé de considérer la pratique du chemsex dans sa complexité plutôt que de se focaliser uniquement sur ses conséquences potentiellement négatives.

Des motivations diverses à la demande d'aide professionnelle

Les résultats ont mis en évidence des motivations aux recours aux soins avant tout liés à la perception d'une perte de contrôle des consommations de substances ou d'un impact négatif de la pratique du chemsex sur les relations interpersonnelles, sur le travail, sur la santé mentale ou sur la sexualité. Ces résultats sont en accord avec de précédentes recherches qui avaient déjà identifiées tous ces risques (voir Introduction).

Point intéressant, l'absence de rapport sexuel sans substance depuis plus de 3 mois était corrélée positivement à une demande d'aide professionnelle. D'autres études avaient déjà mis en évidence des inquiétudes chez les usagers de chemsex concernant leurs difficultés à retrouver une sexualité sans produit (61,63,64,66,120,121). L'apparition d'une préoccupation à ce sujet chez l'utilisateur pourrait donc être un bon marqueur prédictif de la demande d'aide et faire l'objet d'une évaluation systématique.

Cette revue souligne ainsi l'importance d'informer les usagers sur les risques à moyen et long terme du chemsex et de les sensibiliser aux signaux d'alerte qui devraient les inciter à consulter un service de santé.

De futures études devraient explorer d'avantage les facteurs associés à l'apparition de conséquences négatives liées au chemsex chez les usagers, ainsi que les facteurs précipitants la demande de soins afin de mieux cibler le moment opportun d'intervention.

Une méfiance généralisée envers les services de santé

Les résultats montrent que les usagers de chemsex ont souvent des attitudes négatives envers les services de santé, principalement due à la peur du jugement ou de la stigmatisation, un obstacle déjà bien documenté pour les minorités sexuelles et de genre (133,158,159). Le chemsex, en combinant deux tabous sociétaux – l'usage de drogues et les pratiques sexuelles non conventionnelles – renforce probablement cette stigmatisation, réelle ou perçue. Cette crainte était clairement mise en lien dans les résultats avec la méconnaissance des professionnels de santé concernant les spécificités LGBTQI+ et du chemsex, et était parfois renforcée par des préoccupations sur la confidentialité. Ces obstacles se traduisent par des comportements concrets tel que le non-recours aux soins ou la non-divulgence de leur pratique de chemsex lors de consultations pour des motifs connexes. Pour améliorer l'accès aux soins, les résultats soulignent avant tout l'importance pour les professionnels d'adopter une posture bienveillante, inclusive et de non-jugement. De plus, certains usagers préféraient que ce soient les professionnels qui initient la discussion sur le chemsex, une attente déjà identifiée chez les personnes LGBTQI+ sur les sujets de santé sexuelle (159,160).

Cette revue souligne ainsi l'importance de renforcer la formation des professionnels de santé sur les spécificités des publics LGBTQI+, en accord avec la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 (127) et le Plan national pour l'égalité et la lutte contre les discriminations anti-LGBT+ 2023-2026 (161). Les professionnels eux-mêmes avaient déjà exprimé ces besoins afin de pouvoir aborder notamment l'orientation sexuelle et l'identité de genre avec confiance et sensibilité (8,42). De telles formations pourraient permettre de les sensibiliser sur les enjeux du chemsex qui devraient être recherchés de manière plus systématique au cours des consultations abordant la santé sexuelle.

Des parcours de soins trop complexes et peu lisibles

Parmi les autres obstacles identifiés, les résultats rapportaient le manque de visibilité des offres de soin disponibles et la mauvaise coordination entre les différents acteurs de la prise en soin. De plus, certains services ne répondaient pas aux besoins spécifiques des usagers qui pointaient notamment le manque de soins en sexologie ou les approches uniquement axées sur l'abstinence. D'autres exprimaient des besoins d'hospitalisation de rupture ou encore le besoin d'accompagnement à la réinsertion professionnelle.

Cette revue souligne ainsi l'importance de structurer des parcours de soin territoriaux qui soient clairement identifiables par les usagers et par les professionnels de santé de premier recours qui cherchent à les orienter. La stratégie nationale de santé publique de Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) semble particulièrement adaptée à ce public dont la pratique combine à la fois les risques liés aux consommations de substances et ceux liés aux pratiques sexuelles. Une attention particulière devrait être portée sur l'accès aux soins en sexologie étant donné que les préoccupations liées à la sexualité sont impliquées à la fois dans les motivations à l'initiation de la pratique, dans les motifs de recours aux soins et dans les freins au changement.

Les centres de santé sexuelle : une place pivot

Pour les usagers de chemsex en demande d'aide professionnelle, les résultats montrent que les centres de santé sexuelle constituent leur choix de premier recours. Ces résultats sont en accord avec ceux de la revue de Tangerli (162) qui avait déjà souligné un lien de confiance entre les usagers de chemsex et ces structures. Cette

revue a mis en évidence que ces attitudes positives se traduisent en comportements réels. En effet, les résultats montrent que les usagers de chemsex utilisent fréquemment les services de santé sexuelle, en accord avec des études antérieures au Royaume-Uni (55). Ils y ont encore d'avantage recours que les autres HSH, qui les consultent déjà largement pour toutes les questions relatives à leurs santé sexuelle (163,164). Cette utilisation accrue tient probablement au recours élevé à la PrEP (Prophylaxie pré-exposition) et aux dépistages IST chez les usagers de chemsex (31,52,134), signe d'une bonne appropriation des stratégies de réduction des risques par cette population cible. Cependant, ils étaient moins d'un tiers seulement à discuter réellement de leur pratique de chemsex avec ces professionnels.

Cette revue souligne ainsi la place centrale des centres de santé sexuelle dans les parcours de soin des usagers de chemsex, offrant ainsi la meilleure opportunité d'intervention de prévention auprès de ce public. Ces structures pourraient également occuper la place stratégique de coordination territoriale des réseaux de santé impliqués dans la prise en soin des usagers de chemsex. En France, les structures spécialisées en santé sexuelle sont de 2 types : les CeGIDD d'une part (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles) qui dépendent des ARS et les CPEF et EVARS d'autre part (Centres de Planification et d'Education Familiale et les Espaces de Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle) qui dépendent de la compétence des départements. Il serait pertinent d'effectuer un état des lieux des pratiques déjà mise en place dans ces structures et d'évaluer l'état des connaissances et les besoins de formation de leurs professionnels.

Limitations et enjeux pour les autres services de santé

Pour les services de psychiatrie et d'addictologie, les résultats montrent que 7 à 22 % des usagers de chemsex étaient suivis par un.e psychiatre et 2 à 29 % par un service d'addictologie, avec des variations dues aux méthodologies des études, les taux les plus élevés étant observés en population clinique. De précédents travaux avaient montré que les minorités sexuelles et de genre utilisent plus fréquemment les services de santé mentale et d'addictologie comparés à la population générale (165,166). Cependant les recours aux soins dans ces services sont inférieurs aux besoins réels de ces populations à haut risques de troubles addictologiques (16,106,107) et psychiatriques (110–113), et ces services sont souvent jugés inadaptés aux

spécificités de ces populations (23–27). Les résultats de cette revue semblent confirmer cette tendance : bien que les services d'addictologie soient perçus favorablement en a priori dans les études quantitatives, les études qualitatives rapportent des expériences souvent négatives.

Cette revue souligne l'inadéquation entre les services proposés par les services d'addictologie et les besoins spécifiques des usagers de chemsex. Les données concernant les attitudes de ces derniers envers les services de santé mentale étaient insuffisantes et nécessitent d'être exploré davantage. De futures études devraient également investiguer l'état des connaissances et les besoins de formation sur le chemsex des professionnels de santé de ces deux secteurs.

Pour les médecins généralistes, les résultats indiquent qu'ils sont fréquemment consultés par les usagers de chemsex, mais pas d'avantage que les autres HSH, et une majorité ne leur parlent pas de leur pratique par crainte d'être stigmatisé. Toutefois, certains les sollicitent pour les questions relatives à leurs santé sexuelle (PrEP, dépistages IST, suivi VIH/VHC), confirmant des travaux antérieurs qui révélaient une préférence pour leurs médecins généralistes sur ces sujets chez certains HSH, notamment parmi les jeunes et les personnes séropositives au VIH (33,163,164).

Etant donné la place des médecins généralistes dans les parcours de soin des usagers de chemsex, il serait pertinent d'évaluer leurs connaissances sur le sujet. Une sensibilisation sur les enjeux du chemsex pourrait être effectuée de manière systématique au cours des formations sur la prescription de PrEP qui semblent les intéresser de plus en plus (167,168). De futures études qualitatives devraient explorer les attitudes des usagers de chemsex envers leurs médecins généralistes pour mieux comprendre cette relation de soin.

Pour les services d'urgence, cette revue souligne une réticence inquiétante à recourir aux secours en situation critique, en raison notamment de la crainte d'une intervention policière. Face aux risques graves des intoxications aiguës lors des sessions de chemsex, y compris sur le pronostic vital, il est essentiel de former les usagers aux soins de premiers secours et de sensibiliser les professionnels des urgences, notamment via les équipes ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie).

Un recours significatif aux hospitalisations

Les résultats indiquent que 7 à 25% des usagers de chemsex avaient déjà été admis dans un service d'urgence et 14% dans un service de psychiatrie ou d'addictologie.

Pour les admissions aux urgences, une étude avait signalé en Espagne une hausse des cas d'intoxications aiguës liées au chemsex au cours des dernières années (169). A notre connaissance, aucune recommandation issue d'un consensus scientifique n'a encore été présentée pour ces types particuliers d'intoxications aiguës (notamment au GHB et au cathinones). Il serait utile de recenser les protocoles appliqués dans les services d'urgence afin d'uniformiser les pratiques professionnelles ainsi que de mettre en place une surveillance sanitaire pour suivre l'évolution du phénomène.

Pour les hospitalisations en psychiatrie et en addictologie, très peu de données sont fournies dans la littérature sur les indications de ces hospitalisations et aucune mention n'en est faite dans le rapport ministériel du Pr Benyamina (1). De précédents travaux avaient rapportés des cas de psychoses induites ayant nécessité des hospitalisations en psychiatrie (170). D'autres avaient rapportés des indications d'hospitalisations pour des sevrages complexes au GHB/GBL (91,171). Il serait pertinent d'explorer, par des études qualitatives et quantitatives, le recours à ces hospitalisations, afin de formuler des recommandations nationales de prise en soin.

Le recours aux soins informels

Concernant les services de santé communautaires LGBTQI+, les résultats montrent de manière surprenante que bien qu'ils soient perçus de manière favorable par une majorité des usagers de chemsex, seuls 9 à 15 % y avaient déjà consulté. Ce faible taux pourrait s'expliquer par un manque de visibilité ou simplement par des attentes différentes, les usagers n'envisageant peut-être pas ces centres comme des lieux de soin direct. Étant principalement associatifs, ces structures varient vraisemblablement d'un pays à l'autre, ce qui peut également influencer les comportements des usagers. En France, les associations communautaires jouent un rôle clé dans la prévention et adoptent des approches proactives sur le principe du « aller-vers », en intervenant directement auprès des usagers dans les lieux de consommation. La plupart proposent aussi des services en ligne, une stratégie particulièrement adaptée à ce public puisqu'internet est une source privilégiée d'informations de santé pour les usagers de chemsex (133,145), comme pour les personnes LGBTQI+ de manière plus

générale (172). Certaines animent également des groupes de pair-aidance entre usagers, en accord avec une demande forte de ce type d'intervention (145,147,152). Toutes ces initiatives montrent que le recours aux services de santé formels n'est qu'une des nombreuses stratégies de soin utilisée par les usagers de chemsex. Une revue systématique de la littérature parue en 2024 a apporté des informations clés sur les pratiques de réduction des risques employées par les usagers de chemsex, à l'échelle individuelle, interpersonnelle et communautaire (134).

Cette revue montre que les lieux de santé communautaire ne sont probablement pas les services les plus adaptés aux soins formels des usagers de chemsex. Toutefois, leur expertise dans les champs de la prévention et leur proximité avec ce public, notamment grâce à des travailleurs parfois eux-mêmes usagers, en font des partenaires essentiels pour toute stratégie de santé publique sur le chemsex.

Il serait pertinent d'explorer la manière dont les usagers combinent les soins de santé formels et informels, en étudiant notamment le rôle de l'entourage (famille, amis, couple) et des normes subjectives du milieu du chemsex, ainsi que l'interaction de ces deux types de soutien dans leurs stratégies de gestion de santé.

Forces, limites et perspectives

Forces

Une des forces de cette étude réside dans le fait qu'il existe peu de données dans la littérature concernant le recours aux soins par les usagers de chemsex, ce qui accentue son intérêt. Une autre revue de la littérature avait déjà été réalisée sur le sujet par Tangerli en 2022 (162), mais celle-ci ne rapportait que des données sur leurs intentions et leurs attitudes. A notre connaissance, cette revue systématique est donc la première à fournir des données sur les comportements réels d'utilisations des services de santé par les usagers de chemsex. De plus, Tangerli avait étudié de manière indifférenciée les données émanant des usagers, celles issues d'autres populations (professionnels de santé, usagers de substances hors chemsex) et celles issues des discussions des auteurs des articles.

Cette revue de la littérature s'est centrée uniquement sur les études rapportant le point de vue des usagers de chemsex et a combinée des données à la fois quantitatives et qualitatives, offrant ainsi une vision globale et nuancée de leurs comportements et de

leurs attitudes. Cette approche mixte offre une perspective plus riche sur un sujet complexe, en croisant des données chiffrées avec des témoignages directs des usagers. Les participants variaient considérablement en termes d'âge, de profession, de situation géographique ou de résidence et de modalités de pratique du chemsex, favorisant ainsi une compréhension assez large du sujet.

Les critères des recommandations PRISMA 2020 ont été appliqués afin de renforcer la rigueur et la transparence de la sélection des études incluses. Une recherche approfondie a été effectuée sur 3 bases de données principales (PUBMED, EMBASE et GOOGLE SCHOLAR) et les bibliographies des articles évalués sur leur texte intégral ont fait l'objet d'une recherche additionnelle manuelle afin d'obtenir un résultat relativement exhaustif. Par ailleurs, les 17 articles inclus dans la revue de Tangerli avaient tous été identifiés par notre stratégie de recherche, ce qui tend à valider sa robustesse. Seulement 6 de ces articles ont rempli nos critères d'éligibilité et ont été inclus dans cette revue, les 11 autres articles ont été exclus : 6 ne présentaient pas de données sur le recours aux soins dans les résultats et 5 concernaient des populations inadaptées. Cette revue a par ailleurs inclus 13 nouveaux articles par rapport à la revue de Tangerli dont 9 publiées postérieurement, signe d'un intérêt grandissant sur le sujet. Enfin, la qualité des articles inclus a été évaluée à l'aide de grilles validées.

Limites

Cette revue s'est concentrée uniquement sur les pays d'Europe de l'Ouest, d'Amérique du Nord et d'Australie, excluant ainsi des contextes où l'homophobie institutionnelle pourrait fortement influencer les comportements de santé. De plus, les études incluses concernaient quasi exclusivement les HSH, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres populations. Le manque de données spécifiques pour les populations trans et non-binaire est une limite importante, soulignant un besoin de recherches plus inclusives à l'avenir.

Les méthodes de recrutements des études incluses s'appuyaient pour la plupart sur des processus de commodité, biaisant ainsi la représentativité des populations étudiées. La mise en place d'une cohorte nationale, pourrait permettre de mieux appréhender les trajectoires des usagers de chemsex, comme le suggérait le rapport du Pr Benyamina. La totalité des études quantitatives incluses étaient des études de type transversale, empêchant ainsi d'établir des relations de causalité entre les

variables. De futures études longitudinales sont nécessaires pour mieux appréhender les facteurs entraînant le recours aux soins. Bien que la majorité des études étaient de bonne qualité, certaines ont été classées de qualité intermédiaire ou mauvaise. Les faiblesses méthodologiques identifiées, comme l'absence de prise en compte des cofacteurs et les biais potentiels dans l'inclusion des participants ou dans la collecte des données, doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats.

Enfin, les processus de sélection et d'inclusion de cette étude ont été effectués par un seul chercheur, même s'ils ont été supervisés par deux directeurs de thèse, ce qui pourrait introduire une marge d'erreur humaine pouvant influencer les résultats.

Perspectives

Cette revue systématique de la littérature représentait la première étape d'une recherche plus vaste. Elle a servi de préalable à l'étude ChemStudy, une recherche qualitative non interventionnelle, visant à explorer le vécu des usagers de chemsex ayant consulté à Toulouse pour des soins liés à cette pratique. Basée sur des entretiens semi-directifs auprès d'usagers, l'étude espère aboutir à une meilleure compréhension des attentes de cette population et offrir des pistes d'amélioration des offres d'interventions. Le protocole de recherche, incluant la notice d'information participant et l'affiche de recrutement, est présenté dans l'Annexe 4.

Ce protocole a fait l'objet d'un long processus d'élaboration collaborative par un comité de recherche composé de médecins psychiatres addictologues, de médecins experts en étude qualitative, d'une coordinatrice d'action de santé communautaire dans le milieu associatif ainsi que d'un ancien usager désormais patient expert. Les résultats de cette revue permettront d'enrichir le guide d'entretien qui sera utilisé.

L'étude ChemStudy, promue par la FERREPSY (Fédération régionale de recherche en psychiatrie et en santé mentale), a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud-Est V le 11 avril 2024. Elle sera conduite dans le cadre d'un mémoire de FST addictologie et devrait démarrer en fin d'année 2024.

CONCLUSION

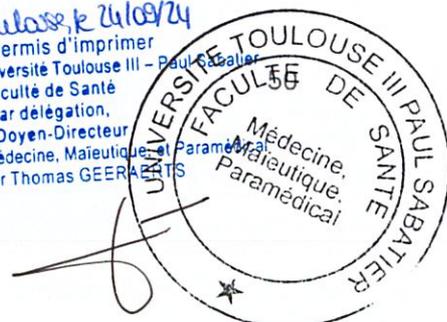
Le chemsex est devenu une préoccupation de santé publique ces dernières années, en raison de plusieurs signaux sanitaires attestant des risques multiples liés à cette pratique. Cette revue a montré que la majorité des usagers ne considère pas le chemsex comme problématique ou nécessitant des soins médicaux, ce qui souligne l'importance, pour les professionnels de santé, d'aborder cette pratique dans toute sa complexité, sans se limiter à ses effets potentiellement négatifs. Compte tenu des multiples enjeux de santé liés au chemsex, le recours à des professionnels de santé peut s'avérer nécessaire pour certains usagers, notamment lorsqu'ils ressentent une perte de contrôle ou perçoivent des impacts négatifs sur leur santé mentale, leurs relations ou leur vie sexuelle. Les préoccupations sexuelles, présentes aussi bien dans les motivations à la pratique que dans les demandes de soins et les freins au changement, pourraient justifier l'intégration dans les soins d'une évaluation sexologique systématique, ainsi que l'accès à des services spécialisés.

Cette revue a souligné la complexité des parcours de soins des usagers de chemsex, lesquels impliquent diverses disciplines (santé sexuelle, santé mentale, addictologie, santé communautaire) et peuvent parfois conduire à des hospitalisations. La méfiance des usagers, liée à la crainte d'être stigmatisés et à la méconnaissance des professionnels sur les spécificités LGBTQI+ et du chemsex, complique ces parcours. Conformément au rapport ministériel de 2022 sur le chemsex, cette revue souligne l'importance de structurer des réseaux de soins territoriaux adaptés, coordonnés et facilement identifiables par les usagers et les professionnels de santé. Outre la possibilité de création de structures ad hoc, déjà réalisées dans certaines grandes villes françaises, ces parcours de soins pourraient être placés sous la direction des centres de santé sexuelle, déjà fréquentés par la majorité des usagers. Il paraît également pertinent de renforcer la formation des professionnels de santé sur l'inclusion des publics LGBTQI+ et sur les enjeux du chemsex, en accord avec les stratégies nationales de santé sexuelle et de lutte contre les discriminations anti-LGBT+.

Enfin, cette revue de la littérature ouvre de nouvelles perspectives de recherche à l'étude ChemStudy, une recherche qualitative sur le vécu des soins des usagers de chemsex à Toulouse, dont le lancement est prévu fin 2024.



Toulouse, le 21/09/24
Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



BIBLIOGRAPHIE

1. Benyamina A. Rapport « Chemsex » [Internet]. 2022 [cité 29 juill 2023] p. 74. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/rapport/284486-rapport-chemsex-rapport-du-professeur-amine-benyamina>
2. APACHES - Attentes et PARcours liés au CHEmSex - OFDT [Internet]. [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/etudes-et-recherches/2019/apaches-attentes-et-parcours-lies-au-chemsex/>
3. Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today* [Internet]. 2019 [cité 28 juill 2023]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/330636432_Chemsex_origins_of_the_word_a_history_of_the_phenomenon_and_a_respect_to_the_culture
4. Power J, Mikołajczak G, Bourne A, Brown G, Leonard W, Lyons A, et al. Sex, drugs and social connectedness: wellbeing among HIV-positive gay and bisexual men who use party-and-play drugs. *Sex Health*. 16 mars 2018;15(2):135-43.
5. Witzel TC, Charoenyang M, Bourne A, Guadamuz TE. Hi-fun among men who have sex with men in Bangkok: A scoping study exploring key informants' perspectives on hi-fun contexts, harms and support strategies. *PLOS Glob Public Health*. 25 août 2023;3(8):e0002295.
6. Hurley M, Prestage G. Intensive sex partying amongst gay men in Sydney. *Cult Health Sex*. août 2009;11(6):597-610.
7. Desai M, Bourne A, Hope V, Halkitis PN. Sexualised drug use: LGTB communities and beyond. *International Journal of Drug Policy*. 1 mai 2018;55:128-30.
8. Edmundson C, Heinsbroek E, Glass R, Hope V, Mohammed H, White M, et al. Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*. 1 mai 2018;55:131-48.
9. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *International Journal of Drug Policy*. sept 2016;38:4-12.
10. Rosińska M, Gios L, Nöstlinger C, Vanden Berghe W, Marcus U, Schink S, et al. Prevalence of drug use during sex amongst MSM in Europe: Results from a multi-site bio-behavioural survey. *International Journal of Drug Policy*. 1 mai 2018;55:231-41.
11. Frankis J, Flowers P, McDaid L, Bourne A. Low levels of chemsex amongst men who have sex with men, but high levels of risk amongst men who engage in chemsex: analysis of a cross-sectional online survey across four countries. *Sex Health*. 1 avr 2018;15(2):144-50.

12. Substances psychoactives, usagers et marchés : tendances récentes (2021) | OFDT [Internet]. 2022 [cité 23 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2022/substances-psychoactives-usagers-et-marches-tendances-recentes-2021-579>
13. McCabe SE, Hughes TL, Bostwick WB, West BT, Boyd CJ. Sexual orientation, substance use behaviors and substance dependence in the United States. *Addiction*. août 2009;104(8):1333-45.
14. Demant D, Hides L, Kavanagh DJ, White KM, Winstock AR, Ferris J. Differences in substance use between sexual orientations in a multi-country sample: findings from the Global Drug Survey 2015. *J Public Health (Oxf)*. 1 sept 2017;39(3):532-41.
15. Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ, Michaels S, CSF Group. A multidimensional measure of sexual orientation, use of psychoactive substances, and depression: results of a national survey on sexual behavior in france. *Arch Sex Behav*. avr 2014;43(3):607-19.
16. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*. sept 2003;129(5):674-97.
17. Rapport sur les LGBTIphobies | SOS homophobie [Internet]. [cité 14 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/informer/rapport-annuel-lgbtiphobies>
18. Lawn W, Aldridge A, Xia R, Winstock AR. Substance-Linked Sex in Heterosexual, Homosexual, and Bisexual Men and Women: An Online, Cross-Sectional « Global Drug Survey » Report. *J Sex Med*. mai 2019;16(5):721-32.
19. Chemsex, slam - Théma TREND - OFDT [Internet]. [cité 17 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/thema/chemsex-slam/>
20. Batisse A, Fortias M, Bourgogne E, Grégoire M, Sec I, Djeddar S. Case series of 21 synthetic cathinones abuse. *J Clin Psychopharmacol*. juin 2014;34(3):411-3.
21. Dehove C. Hypersexualité et homosexualité : mythe ou réalité ? [Mémoire pour le DIU d'études de la sexualité humaine]. Lille 2; 2016.
22. Wong NS, Kwan TH, Lee KCK, Lau JYC, Lee SS. Delineation of chemsex patterns of men who have sex with men in association with their sexual networks and linkage to HIV prevention. *International Journal of Drug Policy*. janv 2020;75:102591.
23. Patten S, Doria N, Joy P, Sinno J, Spencer R, Leblanc MA, et al. Sexualized drug use in virtual space: A scoping review of how gay, bisexual and other men who have sex with men interact online. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 1 avr 2020;29(1):106-26.

24. Miller B. “They’re the modern-day gay bar”: Exploring the uses and gratifications of social networks for men who have sex with men. *Computers in Human Behavior*. 1 oct 2015;51:476-82.
25. Jalil EM, Torres TS, de A. Pereira CC, Farias A, Brito JDU, Lacerda M, et al. High Rates of Sexualized Drug Use or Chemsex among Brazilian Transgender Women and Young Sexual and Gender Minorities. *Int J Environ Res Public Health*. 2 févr 2022;19(3):1704.
26. Flores Anato JL, Panagiotoglou D, Greenwald ZR, Trottier C, Vaziri M, Thomas R, et al. Chemsex practices and pre-exposure prophylaxis (PrEP) trajectories among individuals consulting for PrEP at a large sexual health clinic in Montréal, Canada (2013-2020). *Drug and Alcohol Dependence*. 1 sept 2021;226:108875.
27. Rosas Cancio-Suárez M, Ron R, Díaz-Álvarez J, Martínez-Sanz J, Serrano-Villar S, Moreno S, et al. Prevalence, characteristics, and associated risk factors of drug consumption and chemsex use among individuals attending an STI clinic (EpiTs STUDY). *Front Public Health*. 2023;11:1285057.
28. De La Mora L, Ugarte A, Martínez-Rebollar M, De Lazzari E, García-Hernández D, Font G, et al. Chemsex Practices in PrEP: Beyond Addiction and Risk Toward a Healthy Sex Life—Baseline Experiences from a Hospital-Based PrEP Program in Barcelona, Spain. *AIDS Behav*. 2022;26(12):4055-62.
29. Hibbert MP, Hillis A, Brett CE, Porcellato LA, Hope VD. A narrative systematic review of sexualised drug use and sexual health outcomes among LGBT people. *Int J Drug Policy*. juill 2021;93:103187.
30. Coronado-Muñoz M, García-Cabrera E, Quintero-Flórez A, Román E, Vilches-Arenas Á. Sexualized Drug Use and Chemsex among Men Who Have Sex with Men in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 21 mars 2024;13(6):1812.
31. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. janv 2019;63:74-89.
32. Wang H, Jonas KJ, Guadamuz TE. Chemsex and chemsex associated substance use among men who have sex with men in Asia: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 1 févr 2023;243:109741.
33. European Centre for Disease Prevention and Control., Sigma Research (London School of Hygiene and Tropical Medicine)., Robert Koch Institute. EMIS-2017: the European men who have sex with men Internet survey : key findings from 50 countries. [Internet]. LU: Publications Office; 2019 [cité 22 juill 2024]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/690387>
34. Sauvage C, Saboni L, Trouiller-Gerfaux P, Sommen C, Alexandre A, Lydié N. Rapport Prevagay 2015. Enquête de séroprévalence du VIH menée auprès des hommes

ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay [Internet]. Saint -Maurice : Santé publique France; 2017 [cité 28 juill 2023] p. 87. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/etude-prevagay-2015-premiers-resultats-sur-le-vih>

35. Hampel B, Kusejko K, Kouyos RD, Böni J, Flepp M, Stöckle M, et al. Chemsex drugs on the rise: a longitudinal analysis of the Swiss HIV Cohort Study from 2007 to 2017. *HIV Med.* avr 2020;21(4):228-39.
36. Coyer L, Boyd A, Davidovich U, van Bilsen WPH, Prins M, Matser A. Increase in recreational drug use between 2008 and 2018: results from a prospective cohort study among HIV-negative men who have sex with men. *Addiction.* mars 2022;117(3):656-65.
37. Sewell J, Cambiano V, Miltz A, Speakman A, Lampe FC, Phillips A, et al. Changes in recreational drug use, drug use associated with chemsex, and HIV-related behaviours, among HIV-negative men who have sex with men in London and Brighton, 2013-2016. *Sex Transm Infect.* 2018;94(7):494-501.
38. Roux P, Donadille C, Girard G, Spire B, Protière C, Velter A. Impact of COVID-19 Pandemic on Men Who Have Sex With Men That Practice Chemsex in France: Results From the National ERAS Web Survey. *Am J Mens Health.* 2022;16(1):15579883211073225.
39. L'Yavanc T, Gosset D, Plathey M, Jedrzejewski T, Gazalet P, Lasry S, et al. Is There a Reduction in Chemsex Practice in Men Who Have Sex With Men During COVID-19 Lockdown? Results of the CheRRLock Study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 15 avr 2023;92(5):378-84.
40. Connolly DJ, Eraslan E, Gilchrist G. Coronavirus (COVID-19) and sexualised drug use among men who have sex with men: A systematic review. *Sexual Health.* juill 2023;20(5):375-84.
41. Sousa ÁFL de, Queiroz AAFLN, Lima SVMA, Almeida PD, Oliveira LB de, Chone JS, et al. Chemsex practice among men who have sex with men (MSM) during social isolation from COVID-19: multicentric online survey. *Cad Saude Publica.* 2020;36(12):e00202420.
42. Substances psychoactives, usagers et marchés. Tendances récentes à Toulouse, Montpellier et Perpignan en 2022 | OFDT [Internet]. 2023 [cité 22 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2023/substances-psychoactives-usagers-et-marches-tendances-recentes-toulouse>
43. Substances psychoactives, usagers et marchés. Tendances récentes à Lyon et en Auvergne-Rhône-Alpes en 2023 | OFDT [Internet]. 2024 [cité 22 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2024/substances-psychoactives-usagers-et-marches-tendances-recentes-lyon-et-en-auvergne>

44. Substances psychoactives, usagers et marchés. Tendances récentes à Paris et en Île-de-France en 2023 | OFDT [Internet]. 2024 [cité 22 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2024/substances-psychoactives-usagers-et-marches-tendances-recentes-paris-et-en-ile-de>
45. Substances psychoactives, usagers et marchés. Tendances récentes à Bordeaux et en Nouvelle-Aquitaine en 2023 | OFDT [Internet]. 2024 [cité 22 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2024/substances-psychoactives-usagers-et-marches-tendances-recentes-bordeaux-et-en>
46. SPF. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité [Internet]. [cité 10 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-sante-2016.-genre-et-sexualite>
47. Chaillot M. 4% en théorie. Goutte d'or; 2022. 330 p.
48. Sewell J, Miltz A, Lampe FC, Cambiano V, Speakman A, Phillips AN, et al. Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. *International Journal of Drug Policy*. 1 mai 2017;43:33-43.
49. Stevens O, Moncrieff M, Gafos M. Chemsex-related drug use and its association with health outcomes in men who have sex with men: a cross-sectional analysis of Antidote clinic service data. *Sex Transm Infect*. 1 mars 2020;96(2):124-30.
50. Guerras JM, Hoyos Miller J, Agustí C, Chanos S, Pichon F, Kuske M, et al. Association of Sexualized Drug Use Patterns with HIV/STI Transmission Risk in an Internet Sample of Men Who Have Sex with Men from Seven European Countries. *Arch Sex Behav*. févr 2021;50(2):461-77.
51. Guerra FM, Salway TJ, Beckett R, Friedman L, Buchan SA. Review of sexualized drug use associated with sexually transmitted and blood-borne infections in gay, bisexual and other men who have sex with men. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 nov 2020;216:108237.
52. Viamonte M, Ghanooni D, Reynolds JM, Grov C, Carrico AW. Running with Scissors: a Systematic Review of Substance Use and the Pre-exposure Prophylaxis Care Continuum Among Sexual Minority Men. *Curr HIV/AIDS Rep*. août 2022;19(4):235-50.
53. Torres TS, Bastos LS, Kamel L, Bezerra DRB, Fernandes NM, Moreira RI, et al. Do men who have sex with men who report alcohol and illicit drug use before/during sex (chemsex) present moderate/high risk for substance use disorders? *Drug and Alcohol Dependence*. 1 avr 2020;209:107908.
54. Kennedy R, Murira J, Foster K, Heinsbroek E, Keane F, Pal N, et al. Sexualized drug use and specialist service experience among MSM attending urban and rural sexual health clinics in England and Scotland. *Int J STD AIDS*. 1 déc 2021;32(14):1338-46.

55. Wiggins H, Ogaz D, Mebrahtu H, Sullivan A, Bowden-Jones O, Field N, et al. Demand for and availability of specialist chemsex services in the UK: A cross-sectional survey of sexual health clinics. *Int J Drug Policy*. mai 2018;55:155-8.
56. Evers YJ, Van Liere GAFS, Hoebe CJPA, Dukers-Muijers NHTM. Chemsex among men who have sex with men living outside major cities and associations with sexually transmitted infections: A cross-sectional study in the Netherlands. *PLoS One*. 2019;14(5):e0216732.
57. Drückler S, van Rooijen MS, de Vries HJC. Chemsex Among Men Who Have Sex With Men: a Sexualized Drug Use Survey Among Clients of the Sexually Transmitted Infection Outpatient Clinic and Users of a Gay Dating App in Amsterdam, the Netherlands. *Sexually Transmitted Diseases*. mai 2018;45(5):325.
58. Evers YJ, Geraets JJH, Van Liere GAFS, Hoebe CJPA, Dukers-Muijers NHTM. Attitude and beliefs about the social environment associated with chemsex among MSM visiting STI clinics in the Netherlands: An observational study. *PLoS One*. 1 juill 2020;15(7):e0235467.
59. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspect Public Health*. 1 janv 2019;139(1):23-33.
60. Ahmed AK, Weatherburn P, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, et al. Social norms related to combining drugs and sex (« chemsex ») among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. déc 2016;38:29-35.
61. Amaro R. Taking Chances for Love? Reflections on Love, Risk, and Harm Reduction in a Gay Slamming Subculture. *Contemporary Drug Problems*. 1 sept 2016;43(3):216-27.
62. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect*. déc 2015;91(8):564-8.
63. Cano-Ruiz O, Íñiguez-Rueda L. Community experiences and strategies of risk management within chemsex practices: a qualitative study. *Cien Saude Colet*. juin 2024;29(6):e10752023.
64. Milhet M, Shah J, Madesclaire T, Gaissad L. Chemsex experiences: narratives of pleasure. *Drugs and Alcohol Today*. 1 janv 2019;19(1):11-22.
65. Santoro P, Rodríguez R, Morales P, Morano A, Morán M. One “chemsex” or many? Types of chemsex sessions among gay and other men who have sex with men in Madrid, Spain: findings from a qualitative study. *International Journal of Drug Policy*. 1 août 2020;82:102790.

66. Van Hout MC, Crowley D, O’Dea S, Clarke S. Chasing the rainbow: pleasure, sex-based sociality and consumerism in navigating and exiting the Irish Chemsex scene. *Culture, Health & Sexuality*. 2 sept 2019;21(9):1074-86.
67. Schreck B, Victorri-Vigneau C, Guerlais M, Laforgue E, Grall-Bronnec M. Slam Practice: A Review of the Literature. *European addiction research*. mai 2021;27(3):161-78.
68. Trouiller P, Velter A, Saboni L, Sommen C, Sauvage C, Vaux S, et al. Injecting drug use during sex (known as “slamming”) among men who have sex with men: Results from a time-location sampling survey conducted in five cities, France. *International Journal of Drug Policy*. 1 mai 2020;79:102703.
69. Batisse A, Peyrière H, Eiden C, Courné MA, Djeddar S. Usage du SLAM à Paris 2016. *Therapies*. 1 oct 2016;71(5):447-55.
70. L’Yavanc T, Missonier R, Hamidi M, Velasquez N, Pialoux G. R-07: Pratique du « Slam » chez les HSH séropositifs pour le VIH. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 1 juin 2014;44(6, Supplement):91-2.
71. Schreck B, Guerlais M, Laforgue E, Bichon C, Grall-Bronnec M, Victorri-Vigneau C. Cathinone Use Disorder in the Context of Slam Practice: New Pharmacological and Clinical Challenges. *Front Psychiatry*. 2020;11:705.
72. Pufall EL, Kall M, Shahmanesh M, Nardone A, Gilson R, Delpech V, et al. Sexualized drug use (‘chemsex’) and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Med*. avr 2018;19(4):261-70.
73. Numer M, Holmes D, Hammond C, Joy P, Sinno J. Assemblages of excess and pleasures: The sociosexual uses of online and chemical technologies among men who have sex with men. *Nursing Philosophy*. janv 2022;23(1):e12370.
74. Møller K. Digital chemsex publics: Algorithmic and user configurations of fear and desire on Pornhub. *European Journal of Cultural Studies*. 1 août 2021;24(4):869-86.
75. Møller K. Hanging, blowing, slamming and playing: Erotic control and overflow in a digital chemsex scene. *Sexualities*. 1 déc 2023;26(8):909-25.
76. Mahawatte R. The involuntary confession of euphoria: ‘Chemsex’ porn and the paradox of embodiment. *Sexualities*. 1 sept 2023;26(5-6):638-54.
77. Lafortune D, Blais M, Miller G, Dion L, Lalonde F, Dargis L. Psychological and Interpersonal Factors Associated with Sexualized Drug Use Among Men Who Have Sex with Men: A Mixed-Methods Systematic Review. *Arch Sex Behav*. févr 2021;50(2):427-60.
78. Marques Oliveira P, Sousa Reis C, Vieira-Coelho MA. Getting Inside the Mind of Gay and Bisexual Men Who Have Sex with Men with Sexualized Drug Use - A Systematic Review. *Int J Sex Health*. 2023;35(4):573-95.

79. Peugh J, Belenko S. Alcohol, drugs and sexual function: a review. *J Psychoactive Drugs*. 2001;33(3):223-32.
80. Miller NS, Gold MS. The human sexual response and alcohol and drugs. *J Subst Abuse Treat*. 1988;5(3):171-7.
81. Buffum J. Pharmacosexology: The Effects of Drugs on Sexual Function – A Review. *Journal of Psychoactive Drugs* [Internet]. 1 janv 1982 [cité 2 juill 2024]; Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.1982.10471907>
82. Hockenull J, Murphy KG, Paterson S. An observed rise in γ -hydroxybutyrate-associated deaths in London: Evidence to suggest a possible link with concomitant rise in chemsex. *Forensic Science International*. 1 janv 2017;270:93-7.
83. Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances Principaux résultats enquête DRAMES 2020 [Internet]. Centre d'évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance – Addictovigilance; 2020 [cité 5 août 2023]. Disponible sur: <https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/drames/>
84. Zaami S, Giorgetti R, Pichini S, Pantano F, Marinelli E, Busardò FP. Synthetic cathinones related fatalities: an update. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. janv 2018;22(1):268-74.
85. Larabi IA, Ghish A, Kintz P, Marillier M, Fabresse N, Pelletier R, et al. Chemsex in France: A national study through interlaboratory collaboration under the auspices of the French Society of Analytical Toxicology (SFTA). *Toxicol Anal Clin*. 2023;35(3):175-97.
86. Batisse A, Eiden C, Deheul S, Monzon E, Djeddar S, Peyrière H. Chemsex practice in France: An update in Addictovigilance data. *Fundam Clin Pharmacol*. 2022;36(2):397-404.
87. Pepper N, Zúñiga ML, Corliss HL. Use of poppers (nitrite inhalants) among young men who have sex with men with HIV: A clinic-based qualitative study. *BMC Public Health*. 29 juin 2024;24:1741.
88. Beck F, Guignard R, Richard JB. Poppers at top - Usages des nitrites d'alkyle en France. *Med Sci (Paris)*. 1 oct 2014;30(10):916-21.
89. Donnadiou-Rigole H, Peyrière H, Benyamina A, Karila L. Complications Related to Sexualized Drug Use: What Can We Learn From Literature? *Front Neurosci*. 2020;14:548704.
90. Le Point SINTES n° 9 | OFDT [Internet]. 2023 [cité 20 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2023/le-point-sintes-ndeg-9-1581>
91. Karila L, Novarin J, Megarbane B, Cottencin O, Dally S, Lowenstein W, et al. Acide gamma-hydroxy-butérique (GHB) : plus qu'un agent de soumission chimique, une véritable source d'addiction. *La Presse Médicale*. 1 oct 2009;38(10):1526-38.

92. Karila L, Reynaud M. GHB and synthetic cathinones: clinical effects and potential consequences. *Drug Test Anal.* sept 2011;3(9):552-9.
93. Giorgetti R, Tagliabracci A, Schifano F, Zaami S, Marinelli E, Busardò FP. When “Chems” Meet Sex: A Rising Phenomenon Called “ChemSex”. *Curr Neuropharmacol.* juill 2017;15(5):762-70.
94. Weatherburn P, Hickson F, Reid D, Torres-Rueda S, Bourne A. Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs (‘chemsex’) among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect.* 1 mai 2017;93(3):203-6.
95. United Nations : Office on Drugs and Crime [Internet]. [cité 20 juill 2024]. The challenge of new psychoactive substances. Disponible sur: [//www.unodc.org/unodc/en/scientists/the-challenge-of-new-psychoactive-substances.html](http://www.unodc.org/unodc/en/scientists/the-challenge-of-new-psychoactive-substances.html)
96. Nouveaux produits de synthèse identifiés en France depuis 2000 | OFDT [Internet]. 2015 [cité 19 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2015/nouveaux-produits-de-synthese-identifies-en-france-depuis-2000-921>
97. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2023 [Internet]. LU: Publications Office; 2023 [cité 17 mars 2024]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/161905>
98. Karila L, Megarbane B, Cottencin O, Lejoyeux M. Synthetic Cathinones: A New Public Health Problem. *Curr Neuropharmacol.* janv 2015;13(1):12-20.
99. Karila L, Petit A, Cottencin O, Reynaud M. [Methamphetamine dependence: Consequences and complications]. *Presse Med.* déc 2010;39(12):1246-53.
100. Corazza O, Assi S, Schifano F. From « Special K » to « Special M »: the evolution of the recreational use of ketamine and methoxetamine. *CNS Neurosci Ther.* juin 2013;19(6):454-60.
101. Li JH, Vicknasingam B, Cheung YW, Zhou W, Nurhidayat AW, Jarlais DCD, et al. To use or not to use: an update on licit and illicit ketamine use. *Subst Abuse Rehabil.* 2011;2:11-20.
102. Morgan CJA, Curran HV, Drugs (ISCD) the ISC on. Ketamine use: a review. *Addiction.* 2012;107(1):27-38.
103. Kuo CJ, Chen CC. What is the real distribution of methamphetamine-related causes of death? *Addiction.* déc 2017;112(12):2202-3.
104. Alqarni H, Aldghim A, Alkahtani R, Alshahrani N, Altoman MS, Alfaifi MA, et al. Crystal methamphetamine and its effects on mental and oral health: A narrative review. *Saudi Dent J.* mai 2024;36(5):665-73.

105. Van Amsterdam J, Van Den Brink W. Harm related to recreational ketamine use and its relevance for the clinical use of ketamine. A systematic review and comparison study. *Expert Opin Drug Saf.* janv 2022;21(1):83-94.
106. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry.* 18 août 2008;8:70.
107. Lee JH, Gamarel KE, Bryant KJ, Zaller ND, Operario D. Discrimination, Mental Health, and Substance Use Disorders Among Sexual Minority Populations. *LGBT Health.* 1 août 2016;3(4):258-65.
108. Capriola M. Synthetic cathinone abuse. *Clin Pharmacol.* 2013;5:109-15.
109. Schifano F, Napoletano F, Arillotta D, Zangani C, Gilgar L, Guirguis A, et al. The clinical challenges of synthetic cathinones. *British Journal of Clinical Pharmacology.* 2020;86(3):410-9.
110. Marchi M, Travascio A, Uberti D, De Micheli E, Grenzi P, Arcolin E, et al. Post-traumatic stress disorder among LGBTQ people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 11 juill 2023;32:e44.
111. Nouri E, Moradi Y, Moradi G. What is the global prevalence of depression among men who have sex with men? A systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry.* 12 sept 2022;21(1):38.
112. Gevonden MJ, Selten JP, Myin-Germeys I, de Graaf R, ten Have M, van Dorsselaer S, et al. Sexual minority status and psychotic symptoms: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS). *Psychol Med.* janv 2014;44(2):421-33.
113. Nouri E, Moradi Y, Moradi G. The global prevalence of suicidal ideation and suicide attempts among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Med Res.* 21 sept 2023;28:361.
114. Xiao L, Qi H, Wang YY, Wang D, Wilkinson M, Hall BJ, et al. The prevalence of depression in men who have sex with men (MSM) living with HIV: A meta-analysis of comparative and epidemiological studies. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;66:112-9.
115. Íncera-Fernández D, Gámez-Guadix M, Moreno-Guillén S. Mental Health Symptoms Associated with Sexualized Drug Use (Chemsex) among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 17 déc 2021;18(24):13299.
116. Lafortune D, Blais M, Miller G, Dion L, Lalonde F, Dargis L. Psychological and Interpersonal Factors Associated with Sexualized Drug Use Among Men Who Have Sex with Men: A Mixed-Methods Systematic Review. *Archives of Sexual Behavior.* févr 2021;50(2):427-60.

117. Strasser M, Halms T, Rüter T, Hasan A, Gertzen M. Lethal Lust: Suicidal Behavior and Chemsex-A Narrative Review of the Literature. *Brain Sci.* 20 janv 2023;13(2):174.
118. Moreno-Gámez L, Hernández-Huerta D, Lahera G. Chemsex and Psychosis: A Systematic Review. *Behav Sci (Basel).* 15 déc 2022;12(12):516.
119. Prinsloo CD, Greeff M, Kruger A, Khumalo IP. HIV stigma experiences and stigmatisation before and after a HIV stigma-reduction community « hub » intervention. *Afr J AIDS Res.* sept 2017;16(3):203-13.
120. Smith V, Tasker F. Gay men's chemsex survival stories. *Sex Health.* 22 déc 2017;15(2):116-22.
121. Pollard A, Nadarzynski T, Llewellyn C. Syndemics of stigma, minority-stress, maladaptive coping, risk environments and littoral spaces among men who have sex with men using chemsex. *Culture, Health & Sexuality.* 3 avr 2018;20(4):411-27.
122. Nimbi FM, Rosati F, Esposito RM, Stuart D, Simonelli C, Tambelli R. Sex in Chemsex: Sexual Response, Motivations, and Sober Sex in a Group of Italian Men Who Have Sex With Men With Sexualized Drug Use. *J Sex Med.* 2021;18(12):1955-69.
123. Drückler S, Speulman J, van Rooijen M, De Vries HJC. Sexual consent and chemsex: a quantitative study on sexualised drug use and non-consensual sex among men who have sex with men in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Infect.* juin 2021;97(4):268-75.
124. Fine C, Ward C. Sexual assault among men who have sex with men (MSM): Associations with drug use and chemsex. *HIV Med.* 2018;19((Fine C.) University of Manchester, Manchester, United Kingdom):S61.
125. Buller AM, Devries KM, Howard LM, Bacchus LJ. Associations between Intimate Partner Violence and Health among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine* [Internet]. mars 2014 [cité 24 juill 2024];11(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942318/>
126. Brooks-Gordon B, Ebbitt E. The Chemsex 'Consent Ladder' in Male Sex Work: Perspectives of Health Providers on Derailment and Empowerment. *Social Sciences.* févr 2021;10(2):69.
127. Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030 [Internet]. 2017 [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://rrapps-bfc.org/node/1854>
128. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 29 mars 2021;372:n71.

129. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-Am Enfermagem*. juin 2007;15:508-11.
130. Noyes J, Booth A, Moore G, Flemming K, Tunçalp Ö, Shakibazadeh E. Synthesising quantitative and qualitative evidence to inform guidelines on complex interventions: clarifying the purposes, designs and outlining some methods. *BMJ Global Health*. 1 janv 2019;4(Suppl 1):e000893.
131. Melendez-Torres GJ, Noori T, Pharris A, Spiteri G, Garner A, Alba B, et al. Country level homophobia and protective sexual health behaviours among HIV negative or untested men who have sex with men in 45 countries. *AIDS Care*. déc 2020;32(12):1589-93.
132. Amundsen E, Muller AE, Reierth E, Skogen V, Berg RC. Chemsex Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Scoping Review of Research Methods. *J Homosex*. 11 mai 2024;71(6):1392-418.
133. Zeeman L, Sherriff N, Browne K, McGlynn N, Mirandola M, Gios L, et al. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *Eur J Public Health*. oct 2019;29(5):974-80.
134. Hawkinson DE, Witzel TC, Gafos M. Exploring practices to enhance benefits and reduce risks of chemsex among gay, bisexual, and other men who have sex with men: A meta-ethnography. *International Journal of Drug Policy*. 2024;127:104398.
135. Munn Z, Stone JC, Aromataris E, Klugar M, Sears K, Leonardi-Bee J, et al. Assessing the risk of bias of quantitative analytical studies: introducing the vision for critical appraisal within JBI systematic reviews. *JBI Evidence Synthesis*. mars 2023;21(3):467.
136. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *JBI Evidence Implementation*. sept 2015;13(3):179.
137. Hong QN, Pluye P, Bujold M, Wassef M. Convergent and sequential synthesis designs: implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence. *Systematic Reviews*. 23 mars 2017;6(1):61.
138. Rollet D, Clergue-Duval V, Fouéré S, Segouin C, Simon A, Ohayon M, et al. Chemgen Study: Assessing the Consumption of Care in General Practice of Men with Sexual Relationships with Men Users of Psychoactive Products in a Sexual Context. *Sex Res Soc Policy*. 1 sept 2022;19(3):1080-9.
139. Curtis TJ, Rodger AJ, Burns F, Nardone A, Copas A, Wayal S. Patterns of sexualised recreational drug use and its association with risk behaviours and sexual health outcomes in men who have sex with men in London, UK: a comparison of cross-sectional studies conducted in 2013 and 2016. *Sex Transm Infect*. mai 2020;96(3):197-203.

140. Schecke H, Lea T, Bohn A, Köhler T, Sander D, Scherbaum N, et al. Crystal Methamphetamine Use in Sexual Settings Among German Men Who Have Sex With Men. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019;10((Schecke H., Henrike.Schecke@uni-due.de; Bohn A.; Scherbaum N.) Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Duisburg-Essen, LVR-Hospital Essen, Essen, Germany). Disponible sur: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L630243936&from=export>
141. Aslan A, Lessard D, Lebouché B, Bichard I, Loze B, Laussat E, et al. Harm reduction and multidisciplinary consultations for gay, bisexual, and other men who have sex with men practising chemsex based in a French infectious disease unit: patients' characteristics and perceptions. *Sex Health*. mars 2024;21:SH23165.
142. Maxwell S, Gafos M, Moncrieff M, Shahmanesh M, Stirrup O. Pre-exposure prophylaxis use among men who have sex with men who have experienced problematic chemsex. *Int J STD AIDS*. 2020;31(5):474-80.
143. Blomquist PB, Mohammed H, Mikhail A, Weatherburn P, Reid D, Wayal S, et al. Characteristics and sexual health service use of MSM engaging in chemsex: results from a large online survey in England. *Sex Transm Infect*. déc 2020;96(8):590-5.
144. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. « Chemsex » and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. déc 2015;26(12):1171-6.
145. Demant D, Carroll JA, Saliba B, Bourne A. Information-seeking behaviours in Australian sexual minority men engaged in chemsex. *Addict Behav Rep*. déc 2022;16:100399.
146. Evers YJ, Hoebe CJP, Dukers-Muijers NHTM, Kampman CJG, Kuizenga-Wessel S, Shilue D, et al. Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing chemsex - a cross-sectional study in the Netherlands. *Prev Med Rep*. juin 2020;18:101074.
147. Gaudette Y, Flores-Aranda J, Heisbourg E. Needs and experiences of people practising chemsex with support services: toward chemsex-affirmative interventions. *J Men's Health*. 2022;18(12):57-67.
148. Gertzen M, Karcher S, Schwarz J, Rosenberger C, Strasburger M, Rabenstein A, et al. « I Can't Get No Satisfaction »-Psychosocial Aspects and Awareness of Negative Impacts in Chemsex Users: Results from an Anonymous Online Survey. *Brain Sci*. 29 juin 2024;14(7):666.
149. Glynn RW, Byrne N, O'Dea S, Shanley A, Codd M, Keenan E, et al. Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *International Journal of Drug Policy*. 1 févr 2018;52:9-15.

150. Herrijgers C, Poels K, Vandebosch H, Platteau T, van Lankveld J, Florence E. Harm Reduction Practices and Needs in a Belgian Chemsex Context: Findings from a Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 4 déc 2020;17(23):9081.
151. Knoops L, Van Amsterdam J, Albers T, Brunt TM, Van Den Brink W. Slamsex in The Netherlands among men who have sex with men (MSM): use patterns, motives, and adverse effects. *Sex Health [Internet]*. 2022;((Knoops L., l.knoops@mainline.nl; Van Den Brink W.) Mainline, PO Box 58303, Amsterdam, Netherlands). Disponible sur: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2020625230&from=export>
152. Nagington M, King S. Support, care and peer support for gay and bi men engaging in chemsex. *Health & Social Care in the Community*. 2022;30(6):e6396-403.
153. Nimbi FM, Simonelli C, Tambelli R, Stuart D. Chemsex in Italy: Peculiarities and Experiences of Men Who Have Sex With Men (MSM) Consuming Illicit Drugs to Enhance and Prolong Their Sexual Activity. *J Sex Med*. 2020;17((Nimbi F.M.; Simonelli C.; Tambelli R.; Stuart D.)):S194-5.
154. Souleymanov R. Sexual and drug-related practices of queer men who party-n-play. *J Sex Med*. 2017;14(5):e251.
155. Tomkins A, Vivancos R, Ward C, Kliner M. How can those engaging in chemsex best be supported? An online survey to gain intelligence in Greater Manchester. *Int J STD AIDS*. 1 févr 2018;29(2):128-34.
156. Whitlock GG, Protopapas K, Bernardino JI, Imaz A, Curran A, Stingone C, et al. Chems4EU: chemsex use and its impacts across four European countries in HIV-positive men who have sex with men attending HIV services. *HIV Med*. nov 2021;22(10):944-57.
157. Lafortune D, Blais M, Miller G, Dion L, Lalonde F, Dargis L. Psychological and Interpersonal Factors Associated with Sexualized Drug Use Among Men Who Have Sex with Men: A Mixed-Methods Systematic Review. *Arch Sex Behav*. févr 2021;50(2):427-60.
158. Lick DJ, Durso LE, Johnson KL. Minority Stress and Physical Health Among Sexual Minorities. *Perspect Psychol Sci*. sept 2013;8(5):521-48.
159. Brooks H, Llewellyn CD, Nadarzynski T, Pelloso FC, Guilherme FDS, Pollard A, et al. Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 1 mars 2018;68(668):e187-96.
160. Qiao S, Zhou G, Li X. Disclosure of Same-Sex Behaviors to Health-care Providers and Uptake of HIV Testing for Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review. *Am J Mens Health*. sept 2018;12(5):1197-214.
161. Plan national pour l'égalité, contre la haine et les discriminations anti LGBT+ (2023-2026) | Égalité-femmes-hommes [Internet]. Ministère déléguée auprès de la

Première ministre, chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances; 2023 juill [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/plan-national-pour-legalite-contre-la-haine-et-les-discriminations-anti-lgbt-2023-2026>

162. Tangerli MM, Godynyuk EA, Gatica-Bahamonde G, Neicun J, Van Kessel R, Roman-Urrestarazu A. Healthcare experiences and barriers for Men Who Have Sex with Men - MSM - who engage in chemsex. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*. 1 janv 2022;2:100043.
163. Keogh P, Weatherburn P, Henderson L, Reid D, Dodds C, Hickson F. Doctoring gay men: exploring the contribution of General Practice. In 2004 [cité 3 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Doctoring-gay-men%3A-exploring-the-contribution-of-Keogh-Weatherburn/401c15996a2f641248008fd57a269298c50eb6db>
164. Koester KA, Collins SP, Fuller SM, Galindo GR, Gibson S, Steward WT. Sexual healthcare preferences among gay and bisexual men: a qualitative study in San Francisco, California. *PLoS One*. 2013;8(8):e71546.
165. Hodges JC, Goings TC, Vaughn MG, Oh S, Salas-Wright CP. Sexual Minorities and Substance Use Treatment Utilization: New Evidence from a National Sample. *J Subst Use Addict Treat*. juill 2023;150:209060.
166. Filice E, Meyer SB. Patterns, predictors, and outcomes of mental health service utilization among lesbians, gay men, and bisexuals: A scoping review. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 3 avr 2018;22(2):162-95.
167. Zeggagh J, Brun A, Siguier M, Molina JM. Knowledge and practices of Parisian family physicians for the management of men who have sex with men in the era of HIV pre-exposure prophylaxis. *Med Mal Infect*. oct 2020;50(7):597-605.
168. Gilles M, Tetart M, Huleux T, Thill P, Meybeck A, Robineau O. HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) knowledge among general practitioners in 2020: A French survey. *Infect Dis Now*. avr 2023;53(3):104649.
169. Vallecillo G, Losada A, Inciarte A, Jiwei C, Monterde A, Salgado E, et al. Increasing emergency department admissions for chemsex-related intoxications in Barcelona, Spain, among people living with HIV: an observational study from 2018 to 2020. *BMC Public Health*. 18 févr 2022;22(1):346.
170. Moreno-Gamez L, Hernández-Huerta D, Lahera G. Chemsex and psychosis: a systematic review. *Behavioral Sciences*. 2022;12(12):516.
171. Kamal RM, van Noorden MS, Wannet W, Beurmanjer H, Dijkstra BAG, Schellekens A. Pharmacological Treatment in γ -Hydroxybutyrate (GHB) and γ -Butyrolactone (GBL) Dependence: Detoxification and Relapse Prevention. *CNS Drugs*. 1 janv 2017;31(1):51-64.

172. Jia RM, Du JT, Zhao YC. Characteristics of the health information seeking behavior of LGBTQ+ individuals: a systematic review on information types, information sources and influencing factors. *Journal of Documentation*. 1 janv 2021;78(2):361-88.

ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : Equations de recherche.....	68
<u>Annexe 2</u> : Evaluation de la qualité des articles d'étude quantitative : Johanna Briggs Institute Critical Appraisal Tool.....	69
<u>Annexe 3</u> : Evaluation de la qualité des articles d'étude qualitative : Johanna Briggs Institute Critical Appraisal Tool.....	70
<u>Annexe 4</u> : Affiche de recrutement, notice d'information participant.e et protocole de recherche de l'étude ChemStudy.....	71

Annexe 1 : Equations de recherche

Base de données	Equations de recherche
<p>Pubmed</p> <p><u>Filtres :</u> Depuis 2000 ; FRENCH et ENGLISH</p>	<p>("sexual and gender minorities"[MeSH Terms] OR "homosexuality"[MeSH Terms] OR "bisexuality"[MeSH Terms] OR "transgender persons"[MeSH Terms] OR (men who have sex with men) OR (gay men))</p> <p>AND</p> <p>("methamphetamine"[MeSH Terms] OR "ketamine » [MeSH Terms] OR chemsex OR « sexualized drug use » OR « party and play » OR pnp OR « Intensive Sex Partying » OR hifun OR cathinone OR mephedrone OR GHB OR GBL)</p> <p>AND</p> <p>("helping behavior"[MeSH Terms] OR « health behavior » OR « care behaviour » OR (help seeking) OR (help seeker) OR (seek help) OR (care seeking) OR (care seeker) OR (seek care) OR (treatment seeking) OR (treatment seekers) OR (seek treatment) OR (health-seeking) OR (information seeking) OR (advice seeking) OR (professional need) OR (health need) OR (care need) OR (professional demand) OR (health demand) OR (care demand) OR (professional access) OR (health access) OR (care access) OR (service use) OR (care use) OR (pathways to care) OR (barriers and facilitators))</p>
<p>Embase</p> <p>Et</p> <p>Google Scholar</p> <p><u>Filtres :</u> Depuis 2000 ; FRENCH et ENGLISH</p>	<p>(« men who have sex with men » OR « gay men » OR transgender)</p> <p>AND</p> <p>(methamphetamine OR ketamine OR chemsex OR « sexualized drug use » OR « party and play » OR pnp OR « Intensive Sex Partying » OR hifun OR cathinone OR mephedrone OR GHB OR GBL)</p> <p>AND</p> <p>(« helping behavior » OR « health behavior » OR « care behaviour » OR 'help seeking' OR 'help seeker' OR 'seek help' OR 'care seeking' OR 'care seeker' OR 'seek care' OR 'treatment seeking' OR 'treatment seekers' OR 'seek treatment' OR 'health-seeking' OR 'information seeking' OR 'advice seeking' OR 'professional need' OR 'health need' OR 'care need' OR 'professional demand' OR 'health demand' OR 'care demand' OR 'professional access' OR 'health access' OR 'care access' OR 'service use' OR 'care use' OR 'pathways to care' OR 'barriers and facilitators')</p>

Annexe 2 : Evaluation de la qualité des articles quantitatifs : checklist du JBI's Critical Appraisal Tool

Auteur principal (Année)	Q1.	Q2.	Q3.	Q4.	Q5.	Q6.	Q7.	Q8.	Score	Conflits d'intérêt	Qualité globale
Aslan (2024)	N	N	N	NA	NA	NA	O	O	2/5	Plusieurs laboratoires pharmaceutiques	Mauvaise
Blomquist (2020)	O	N	O	NA	NA	NA	O	O	4/5	Aucun	Intermédiaire
Demant (2022)	O	O	O	NA	O	O	O	O	7/7	Aucun	Bonne
Curtis (2020)	O	O	O	NA	O	O	O	O	7/7	Aucun	Bonne
Evers (2020)	O	O	O	NA	O	N	O	O	6/7	Aucun	Intermédiaire
Gertzen (2024)	O	O	O	NA	NA	NA	O	O	5/5	Aucun	Bonne
Glynn (2018)	O	O	O	NA	NA	NA	O	O	5/5	Aucun	Bonne
Knoops (2022)	O	O	O	NA	NA	NA	O	O	5/5	Aucun	Bonne
Maxwell (2020)	O	O	O	NA	O	N	O	O	6/7	Aucun	Intermédiaire
Rollet (2022)	O	O	O	NA	O	O	O	O	7/7	Aucun	Bonne
Schecke (2019)	O	O	O	NA	NA	NA	O	O	5/5	Plusieurs laboratoires pharmaceutiques	Bonne
Tomkins (2018)	N	N	N	NA	NA	NA	O	O	2/5	Aucun	Mauvaise
Whitlock (2021)	O	O	O	NA	NA	NA	O	O	5/5	Plusieurs laboratoires pharmaceutiques	Bonne

O = Oui ; N = Non ; NA = Non Applicable

Q1. Définition claire des critères d'inclusion ; Q2. Description détaillée de l'échantillon d'étude ; Q3. Mesure valide et fiable de l'exposition ; Q4. Critères objectifs et standardisé de la mesure de l'exposition ; Q5. Identification des facteurs de confusion ; Q6. Stratégie de gestion des facteurs de confusion ; Q7. Mesure valide et fiable des résultats ; Q8. Analyses statistiques appropriées

Annexe 3 : Evaluation de la qualité des articles d'étude qualitative : Johanna Briggs Institute Critical Appraisal Tool

Auteur principal (Année)	Q1.	Q2.	Q3.	Q4.	Q5.	Q6.	Q7.	Q8.	Q9.	Q10.	Score	Autres	Conflits d'intérêt	Qualité globale
Bourne (2015)	NA	O	O	O	O	N	O	N	O	O	7/9	-	Non précisé	Intermédiaire
Gaudette (2022)	NA	O	O	O	O	N	O	N	O	O	7/9	Compensation financière 40\$	Aucun	Intermédiaire
Herrijgers (2020)	NA	O	O	O	O	O	N	O	O	O	8/9	Compensation financière 25€	Aucun	Bonne
Nagington (2022)	NA	O	O	O	O	N	O	O	O	O	8/9	Processus de feedback des participants	Aucun	Bonne
Nimbi (2020)	NA	O	N	O	O	N	O	N	O	O	6/9	Pas d'audio	Aucun	Mauvaise
Souleymanov (2021)	NA	O	O	O	O	N	O	O	O	O	8/9	Processus de feedback des participants	Non précisé	Bonne

O = Oui ; N = Non ; NA = Non Applicable

Q1. Conformité entre l'approche philosophique et la méthodologie utilisée ; Q2. Conformité entre la question de recherche et la méthodologie utilisée ; Q3. Conformité entre la méthodologie et la méthode de recueil des données ; Q4. Conformité entre la méthodologie utilisée et l'analyse des données ; Q5. Conformité entre la méthodologie et l'interprétation des résultats ; Q6. Déclaration de positionnement culturel et théorique du chercheur ; Q7. Prise en compte de la subjectivité du chercheur ; Q8. Représentation fidèle de la parole des participants ; Q9. Prise en compte des considérations éthiques ; Q10. Conclusions en adéquation avec l'analyse et l'interprétation des résultats

Chemsex Parlons-en ! Appel à volontaire

Le **CSAPA Maurice Dide** du Centre Hospitalier de Toulouse organise une étude sur les attentes des usager.e.s de chemsex

L'objectif : Recueillir le vécu d'usager.e.s de chemsex vis-à-vis de leur.s accompagnement.s.

Dans le but de faire évoluer les offres d'intervention

PROFIL RECHERCHÉ

- Âgé.e de plus de 18 ans
- Avoir eu une pratique de chemsex, dans les 12 mois écoulés
- Avoir déjà consulté pour une demande en lien avec le chemsex
- Bonne maîtrise du français.

EN QUOI CONSISTE CETTE ÉTUDE ?

Un entretien qui durera en moyenne 1h

- **Remplissage d'un questionnaire** relatif à votre situation socio-professionnelle et à vos antécédents médicaux
- **Entretien oral** durant lequel on vous posera des questions sur votre pratique du chemsex et vos expériences des accompagnements

Pour tout renseignement concernant l'étude, vous pouvez contacter le **05-61-77-80-82**

Cette recherche promue par la **FERREPSY Occitanie** est menée sous la direction du **Dr Nicolas Navarro** dans le cadre d'un projet de mémoire d'addictologie de **Julien EL AMRANI**, interne en psychiatrie des Hôpitaux de Toulouse

Annexe 1 : NOTE D'INFORMATION PARTICIPANT.E

Vécu des usager.e.s de chemsex ayant consulté à Toulouse pour une demande en lien avec leur pratique – Une étude qualitative

Promoteur de la recherche : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale : FERREPSY Occitanie. Centre Hospitalier Gérard MARCHANT, 134, route d'Espagne, BP 6571, 31 057 Toulouse cedex 1

Investigateur coordonnateur/principal : Nicolas NAVARRO, Psychiatre addictologue, Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Maurice Dide, Hôpital La Grave, CHU de Toulouse, 31059 Toulouse.

Bonjour,

Vous êtes invité.e à participer à une recherche dont la FERREPSY Occitanie est le promoteur. Avant de prendre votre décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Vous pourrez emporter chez vous cette notice d'information afin de réfléchir à votre participation à l'étude et en parler avec les membres de votre famille et vos ami.e.s et/ou avec votre médecin traitant.e avant de prendre une décision.

Après avoir disposé d'un délai suffisant de réflexion, vous pourrez décider si vous souhaitez participer à l'étude ou non.

Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne désirez pas prendre part à cette recherche, vous continuerez à bénéficier du meilleur accompagnement possible à ce jour. Cette recherche n'a pas d'influence sur l'accompagnement dont vous bénéficiez.

Pourquoi cette recherche ?

À ce jour plusieurs accompagnements sont proposés aux usager.e.s de chemsex dans des structures très diverses : associations communautaires, structures médicosociales et hospitalières (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGGID), service d'infectiologie, structure addictologique, structure psychiatrique).

Cette étude vise à investiguer les attentes des usager.e.s de chemsex ayant consultées dans ces structures à Toulouse pour une demande en lien avec le chemsex, dans le but de faire évoluer en retour les offres d'intervention.

Nous souhaitons ainsi donner la parole aux personnes concernées, les mieux à même de dire ce qu'elles souhaitent comme type d'accompagnement lorsqu'elles souhaitent y avoir recours.

Cette recherche menée par le Dr Nicolas Navarro est réalisée dans le cadre d'un projet de mémoire d'addictologie de Julien EL AMRANI, interne en psychiatrie. Ce travail est réalisé sous la direction des Dr Nicolas NAVARRO et Dr Felix SERGENT, psychiatres-addictologues.

L'ensemble du protocole de recherche a été réfléchi et validé par un comité de recherche qui se compose, en plus des 3 personnes sus-nommées, de 2 médecins experts en recherche qualitative, d'une coordinatrice d'action de santé communautaire et d'un patient expert.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

L'objectif de cette recherche est d'explorer le vécu des usager.e.s de chemsex vis-à-vis de leur.s accompagnement.s et/ou de leur.s prise.s en soin par des professionnel.le.s de santé.

Qui peut participer ?

Pour participer à cette recherche, vous devez être âgé.e de plus de 18 ans, avoir eu une pratique de chemsex, dans les 12 mois écoulés, avoir déjà consulté auprès d'un.e professionnel.le de santé ou d'une structure associative pour une demande en lien avec le chemsex et avoir une bonne maîtrise du français.

Ne pourront pas participer à l'étude les personnes qui présentent un trouble du spectre de l'autisme, une déficience intellectuelle ou des symptômes psychiatriques aigus à l'inclusion. Il en est de même pour les personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle).

Comment va se dérouler cette recherche ?

Entre 15 et 20 usager.e.s de chemsex participeront à cette recherche qui se déroulera au Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Maurice Dide, Hôpital La Grave, CHU de Toulouse 31059 Toulouse. Le recrutement des patients cessera dès-lors que les objectifs de l'étude (recueil de données) sont atteints.

Votre participation consistera en un entretien auprès monsieur El Amrani qui durera **en moyenne 1h** et se déroulera en **deux temps consécutifs** :

o Remplissage d'un questionnaire relatif à **vosre situation sociale** actuelle (âge, identité de genre, situation familiale, mode de vie rural ou urbain, niveau de formation et situation professionnelle), à votre orientation sexuelle et à **vosre état de santé** (traitements actuels, antécédents médicaux, statut sérologique VIH, prise de PrEP, antécédents addictologique hors Chemsex). (Durée approximative de 5-10 min).

o Entretien oral durant lequel il vous posera des questions sur la manière dont la pratique du chemsex a eu un impact sur votre vie ainsi que sur votre expérience des accompagnements dont vous avez bénéficié sur ce sujet (durée approximative de 45 minutes). **Cet entretien sera enregistré par dictaphone, avec votre accord**, dans le but d'en faciliter la retranscription écrite. Comme pour les autres données recueillies, ces enregistrements seront **identifiés par un code** (premières lettres de votre nom et de votre prénom suivies de votre numéro d'enregistrement dans l'étude) **permettant l'anonymisation**. Ils seront détruits dès la retranscription écrite de l'entretien par l'investigateur coordonnateur.

Il est souhaitable de ne pas être sous l'emprise de substances psychoactives au moment de l'entretien pour faciliter les échanges.

Les rencontres se dérouleront à votre convenance soit dans un bureau du CSAPA Maurice Dide, de votre structure d'accompagnement où vous êtes suivi.e, soit à votre domicile.

Quels sont les bénéfices attendus ?

Les bénéfices attendus seraient collectifs, à moyen terme et correspondraient à une meilleure connaissance des attentes des usager.e.s de chemsex en termes d'accompagnement. Ces connaissances pourraient permettre, in fine, d'améliorer les offres d'intervention pour les personnes concernées.

Le fait de participer à cette recherche vous offrirait l'opportunité de faire connaître votre point de vue sur la pratique du chemsex et sur les accompagnements actuels existants.

Quels sont les inconvénients possibles ?

Votre participation ne devrait pas comporter d'inconvénient significatif mis à part votre mobilisation durant environ 1h (durée de l'entretien).

Dans la mesure du possible et si cela est votre choix, cet entretien pourra se planifier dans les suites immédiates d'un rendez-vous programmé dans votre structure de référence dans le cadre de votre suivi habituel. De cette façon, vos déplacements ne seront pas multipliés durant la participation à l'étude.

Si vous êtes dans l'impossibilité de réaliser cet entretien sur ces créneaux ou bien si vous souhaitez un temps d'entretien hors de vos temps d'accompagnements habituels ou dans un autre lieu, les frais de déplacement seront pris en charge par le promoteur de l'étude. Vous devrez cependant faire l'avance de ces frais et conserver les justificatifs.

Quels sont vos droits ?

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Si vous refusez de participer, cela n'entraînera aucune conséquence sur votre accompagnement habituel.

Vous pouvez si vous le désirez interrompre l'entretien avec le médecin de l'étude à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui vous seront dispensés.

Information concernant le traitement de vos données :

Dans le cadre de la recherche, une analyse informatique des données recueillies va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs qui vous ont été présentés. Le responsable du traitement des données est la FERREPSY. L'investigateur de l'étude recueillera des informations à votre sujet, sur votre situation sociale, votre état de santé et votre parcours de soin. Ces informations, appelées « **Informations personnelles** », sont consignées sur les questionnaires fournis par le promoteur. Seules les informations strictement nécessaires au traitement et à la finalité de la recherche seront recueillies et ces données seront conservées pendant la durée de l'étude jusqu'au rapport final ou jusqu'à la dernière publication puis archivées pendant la durée conforme à la réglementation en vigueur.

Afin d'assurer la confidentialité de vos informations personnelles, **ni votre nom ni aucune autre information qui permettrait de vous identifier directement ne seront saisis** sur le cahier d'observation ou dans tout autre dossier que l'investigateur de l'étude fournira au promoteur ou aux représentants autorisés du promoteur. **Vous serez uniquement identifié.e par un code et par vos initiales.** Le code est utilisé pour que l'investigateur de l'étude, le seul qui connaîtra votre identité, puisse vous identifier si nécessaire. Les autres membres du comité de recherche ne connaîtront donc pas votre identité.

Ce traitement de données a pour fondement juridique l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) à savoir l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable de traitement et les intérêts légitimes poursuivis par lui.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), vous avez un **droit d'accès et de rectification** sur vos informations personnelles. Dans certains cas, vous pouvez aussi demander la **restriction du traitement** de vos informations personnelles, vous opposer à certains types de traitement de vos informations personnelles, demander que vos informations personnelles soient **effacées** et demander que **vos informations personnelles vous soient fournies**, à vous ou à un tiers, sous un format numérique (droit de portabilité).

Vous pouvez exercer ces droits (opposition, accès, rectification, suppression, limitation) prioritairement auprès du Délégué à la Protection des données de la FERREPSY Occitanie (dpo@ferrepsy.fr ou par courrier : À l'attention du Data Protection Officer de la Ferrespy, BSI 1 bd Gambetta, 30100 ALES).

Les données seront transférées et collectées conformément à la méthodologie de référence MR003 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour laquelle la FERREPSY a signé un *Ce document est à réaliser en deux exemplaires originaux, dont un doit être conservé pendant 15 ans par l'investigateur, et le second remis au (à la) participant.e*

engagement de conformité. Conformément à la réglementation française et européenne, les données de l'étude seront conservées au maximum 2 ans après la dernière publication ou jusqu'à la signature du rapport final, puis archivées conformément à la réglementation en vigueur.

Vous disposez d'un **droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel** susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également **accéder directement ou par l'intermédiaire du (de la) médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales** en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent **auprès du (de la) professionnel.le de santé qui vous suit dans le cadre de la recherche** et qui connaît votre identité.

Les autorités compétentes et le promoteur pourront également avoir besoin d'accéder au dossier de l'étude, afin de vérifier les données recueillies dans le cadre de l'étude.

Si vous avez d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation de vos informations personnelles ou des droits associés à ces informations, veuillez contacter le **Délégué à la Protection des données de la FERREPSY Occitanie (dpo@ferrepsy.fr)** ou par courrier : À l'attention du Data Protection Officer de la Ferrespsy, BSI 1 bd Gambetta, 30100 ALES).

Si malgré les mesures mises en place par le promoteur vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de la protection des données compétente dans votre pays de résidence (la CNIL pour la France soit sur le site <https://www.cnil.fr/fr/donnees-personnelles/plaintes-en-ligne> soit par courrier postal : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07).

Conformément à la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine : cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud-Est V le 11 avril 2024.

Lorsque cette recherche sera terminée, vous serez informé.e personnellement des résultats globaux par le (ou la) professionnel.le de santé qui vous suit dès que ceux-ci seront disponibles, si vous le souhaitez (article L1122-1 du code de la santé publique)

Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous désirez au responsable de votre structure et/ou à l'investigateur que vous rencontrerez en cas de participation.

Votre non opposition à participer à cette recherche ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de la recherche de leurs responsabilités à votre égard.

Nom/prénom du (de la) participant.e :

Date de naissance du (de la) participant.e :

Date d'information et de remise de la présente notice au (à la) participant.e :/...../.....

Le (la) participant.e ne s'oppose pas à participer à cette recherche.

Investigateur :

Date et Signature :

Questionnaire d'auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

**RÉSUMÉ DE RECHERCHE NON INTERVENTIONNELLE
IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE**

Catégorie 3

Hors produit de santé

**Vécu des usager.e.s de chemsex ayant consulté à Toulouse
pour une demande en lien avec leur pratique
– Une étude qualitative**

Investigateur : NAVARRO Nicolas

Psychiatre addictologue

CSAPA Maurice Dide,

Hôpital La Grave

CHU de Toulouse

31059 Toulouse

Tel : 05.61.77.80.82

navarro.ni@chu-toulouse.fr

Promoteur : FERREPSY Occitanie

Groupement d'Intérêt Public FERREPSY Occitanie

Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale

CH G. MARCHANT 134, route d'Espagne

31 057 Toulouse

Téléphone : 05.61.43.78.52

Email : secretariat@ferrepsy.fr

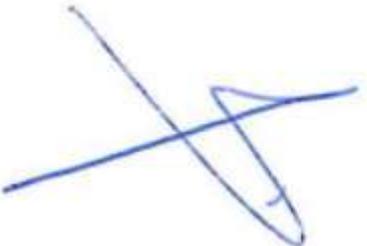
Questionnaire d'auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

PAGE DE SIGNATURE DU PROTOCOLE

« Vécu des usager.e.s de chemsex ayant consulté à Toulouse pour une demande en lien avec leur pratique – Une étude qualitative »

ChemStudy

Code interne promoteur : 2023_80

<p>Promoteur</p> <p><i>Dr François Olivier Président Directeur FERREPSY Occitanie CH G. MARCHANT 134, route d'Espagne 31 057 Toulouse Téléphone : 05.61.43.78.52 Email : secretariat@ferrepsy.fr</i></p>	<p>Fait à Toulouse</p> <p>Le 21/02/2024</p>	<p><i>Signature</i></p> 
<p>Investigateur</p> <p><i>Nicolas Navarro Psychiatre addictologue CSAPA Maurice Dide, Hôpital La Grave CHU de Toulouse 31059 Toulouse Tel : 05.61.77.80.82 navarro.ni@chu-toulouse.fr</i></p>	<p>Fait à Toulouse</p> <p>Le 21/02/2024</p>	<p><i>Signature</i></p> 

Questionnaire d’auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

PROTOCOLE	21.02..2024 Version 1
NOTICE D’INFORMATION	21.02..2024 Version 1 (<i>cf Annexe 1</i>)
TRAME DES ENTRETIENS	21.02.2024 Version 2 (Cf Annexe 3 - Grille recueil données) 08.12.2023 Version 1 (Cf Annexe 2 – Guide entretien)
VÉRIFICATION DE LA CONFORMITE A LA PROCEDURE QUESTIONNAIRES ET/OU TRAME DES ENTRETIENS	Cette recherche a pour objet le développement des connaissances biologiques ou médicales <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	La recherche est effectuée sous la direction et sous la surveillance d’un médecin ou d’une personne qualifiée justifiant d’une expérience appropriée <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	La recherche est réalisée dans un lieu disposant des moyens humains, matériels et techniques adaptés à la recherche et compatibles avec les impératifs de sécurités des personnes qui s’y prêtent <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	La recherche ne relève pas de la liste mentionnée au 2° de l’article L. 1121-1 du code de la santé publique <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	La recherche ne porte pas sur un produit mentionné à l’article L.5311-1 du code de la santé publique <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	 UNE REPONSE NEGATIVE A L’UN DES 4 CRITERES CI-DESSUS SIGNIFIE QUE LA RECHERCHE NE CORRESPOND PAS A LA PROCEDURE

Questionnaire d'auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

TITRE DE LA RECHERCHE	Vécu des usager.e.s de chemsex ayant consulté à Toulouse pour une demande en lien avec leur pratique – Une étude qualitative
ACRONYME	ChemStudy
NUMERO ID-RCB	2024-A00083-44
I. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES	
PROMOTEUR	<p>FERREPSY <i>Groupement d'Intérêt Public FERREPSY Occitanie Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale CH G. MARCHANT 134, route d'Espagne 31 057 Toulouse Téléphone : 05.61.43.78.52 Email : secretariat@ferrepsy.fr</i></p>
DPO	<p>dpo@ferrepsy.fr <i>Mr Benoit Sarton BSI 1 bd Gambetta, 30100 ALES</i></p>
COMITÉ DE RECHERCHE	<p><u>RESPONSABLES SCIENTIFIQUES (DIRECTEURS DE THESE) :</u></p> <p><i>Nom prénom : NAVARRO Nicolas Fonction : Psychiatre addictologue Adresse : CSAPA Maurice Dide, Hôpital La Grave, CHU de Toulouse 31059 Toulouse Téléphone : 05.61.77.80.82</i></p> <p><i>Nom prénom : SERGENT Felix Fonction : Psychiatre addictologue Adresse : SSR Addictologie, Hôpital de Réadaptation, de Rééducation et d'Addictologie, CHU de Nîmes 30240 Le Grau du Roi Téléphone : 04.66.02.25.25</i></p>
	<p><u>EXPERT.E.S PARTENAIRES :</u></p> <p><i>Nom prénom : ROSENTHAL Lucie Fonction : Responsable d'un séminaire d'accompagnement à la recherche qualitative des internes de psychiatrie de Toulouse – Pédopsychiatre Adresse : Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Purpan, CHU de Toulouse, Place du Dr Baylac, 31059 Toulouse Téléphone : 05.61.77.60.55</i></p>

Questionnaire d’auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

	<p><i>Nom prénom : NACCACHE Benjamin</i> <i>Fonction : Responsable d’un séminaire d’accompagnement à la recherche qualitative des internes de psychiatrie de Toulouse – Pédopsychiatre</i> <i>Adresse : Service Universitaire de Psychiatrie de l’Enfant et de l’Adolescent, Hôpital Purpan, CHU de Toulouse , Place du Dr Baylac, 31059 Toulouse</i> <i>Téléphone : 05.61.77.60.55</i></p> <p><i>Nom prénom : CAMPAIGNOLLE Olivia</i> <i>Fonction : Coordinatrice d’actions de santé communautaire dans le milieu associatif d’Occitanie</i> <i>Adresse :16 rue de la Bourse 31 000 Toulouse</i> <i>Téléphone : 06.64.87.87.04</i></p> <p><i>Nom prénom : BRASSEUR Yann</i> <i>Fonction : Patient expert - Auteur du livre « Ma vie en poudre »</i> <i>Adresse :12 avenue de Fronton 31 000 Toulouse</i> <i>Téléphone : 06.60.21.13.11</i></p>
--	--

II. INTERÊT ET PERTINENCE DE LA RECHERCHE

<p>CONTEXTE ET JUSTIFICATION</p>	<p>Le chemsex peut se définir comme l’expérience de l’utilisation de certaines substances psychoactives en contexte sexuel, spécifiquement dans le but de faciliter, d’intensifier ou de prolonger un rapport sexuel. Le mot vient de la contraction des mots anglais « chems » pour drogues et « sex », littéralement « sexe sous drogues ». Les substances psychoactives les plus utilisées dans le chemsex sont : la méthamphétamine, les cathinones (3MMC, la 4MMC, méphédrone..) et le GHB/GBL.</p> <p>Depuis les premières alertes de l’Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) puis des services de pharmacovigilance au début des années 2010 (1,2) jusqu’au rapport « Chemsex » paru en 2022 sur commande du ministère de la santé (3), diverses études ont permis d’apporter une meilleure connaissance de ce phénomène.</p> <p>Le chemsex concerne jusqu’à ce jour principalement la population HSH (Hommes ayant des relations sexuelles avec des Hommes) et trouve ses origines au sein de la communauté homosexuelle anglo-saxonne à la fin des années 90. Cette pratique se distingue des autres formes d’usage de drogue en contexte sexuel du fait du contexte culturel spécifique de cette communauté se traduisant par des expériences de vie communes (4).</p> <p>En effet, le vécu de la sexualité demeure, pour beaucoup d’HSH, indissociable des notions de risques et de danger en raison de différents facteurs, à la fois historiques et sociétaux.</p> <p>On pourra citer notamment l’impact traumatique lié à l’hécatombe de l’épidémie VIH/SIDA ainsi que les conséquences des discriminations et du rejet liés à l’orientation sexuelle et à la stigmatisation des pratiques sexuelles associées, ou encore la pression engendrée par l’omniprésence d’un culte de la performance sexuelle ainsi que la violence induite par l’existence de discriminations au sein même de la communauté (4,5). On notera par ailleurs que ces facteurs intra-communautaires ont été exacerbés avec l’apparition</p>
---	--

Questionnaire d'auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

	<p>des applications de rencontres en ligne, lesquelles ont joué un rôle majeur dans l'expansion du phénomène chemsex (6,7). Tous ces ressentis peuvent entraver sérieusement l'épanouissement dans la vie sexuelle des personnes concernées. Les « chems » ont alors pu apparaître, pour certains d'entre eux, comme un moyen de remédier à ces entraves, notamment par leurs actions de désinhibition et leur faculté à prolonger et à intensifier le plaisir sexuel.</p> <p>La prévalence de la pratique du chemsex approchée par plusieurs grandes enquêtes en ligne, est actuellement estimée entre 5 et 9% chez les HSH en France (8–10). On note au cours des dernières années une augmentation de l'ampleur du phénomène au sein de cette population et désormais, selon certaines enquêtes, une diffusion dans le reste de la population (9,11).</p> <p>Les principales complications de la pratique du chemsex sont : des troubles neurologiques aigus allant jusqu'au coma, des troubles cardiovasculaires (dont le risque de syndrome coronarien aigu), des complications infectieuses, notamment liée à la pratique de l'injection de certaines substances psychoactives en intra-veineux (pratique appelée dans le milieu le « slam » (12)), des troubles psychiatriques avec un risque suicidaire accru et enfin l'installation rapide d'un trouble de l'usage de substance souvent associé à des répercussions socio-professionnelles, des difficultés à retrouver une vie sexuelle sans produit ou encore un risque accru d'être exposé à des violences sexuelles (13–16). 24 décès en lien avec la pratique du chemsex étaient à déplorer en France en 2020 (16 par effet direct des substances, 8 par comportements secondaires à la consommation, ex : suicide en phase de redescente) ; ce chiffre était alors en augmentation (17).</p> <p>Actuellement plusieurs types d'accompagnements sont proposés aux usager.e.s de chemsex dans des structures très diverses : associations communautaires, structures médicosociales (CAARUD, CSAPA, CMP) et hospitalières (CEGGID, service d'infectiologie, structure addictologique, structure psychiatrique).</p> <p>À ce jour et à notre connaissance, aucune étude n'a tenté d'évaluer le vécu des usager.e.s vis-à-vis de ces accompagnements.</p> <p>C'est donc dans ce cadre, et conformément aux recommandations formulées par le rapport ministériel « Chemsex » (3), que nous souhaitons réaliser cette étude qui est une étude qualitative qui vise à investiguer les attentes des usager.e.s de chemsex ayant consulté des professionnel.le.s de santé pour une demande liée à leur pratique, dans le but de faire évoluer en retour les offres d'intervention.</p>
<p>OBJECTIF PRINCIPAL DE LA RECHERCHE et CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL</p>	<p>Explorer le vécu des usager.e.s de chemsex vis-à-vis de leur.s accompagnement.s et/ou de leur.s prise.s en soin par des professionnels de santé</p> <p><i>Recueil de verbatim et travail inductif selon la méthode de l'analyse thématique réflexive utilisée en étude qualitative</i></p>

Questionnaire d’auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

<p>OBJECTIF(S) SECONDAIRE(S) et CRITERE(S) DE JUGEMENT SECONDAIRE(S)</p>	<p>Identifier des hypothèses sur les freins à l'accès aux soins des usager.e.s de chemsex</p> <p>Identifier des hypothèses d'accompagnements et/ou de prises en soin efficaces, en termes de réduction de la morbi-mortalité, pour les usager.e.s de chemsex</p> <p>Identifier des hypothèses sur les facteurs de bon et de mauvais pronostic de la pratique du chemsex</p> <p>Identifier des hypothèses sur le ou les types de structures les plus adaptés à recevoir et à accompagner ces publics</p> <p>Identifier des hypothèses sur le ou les facteurs influençant l'alliance thérapeutique des usager.e.s de chemsex venant consulter un.e professionnel.le de santé</p> <p><i>Recueil de verbatim et travail inductif selon la méthode de l'analyse thématique réflexive utilisée en étude qualitative</i></p>
<p>III. QUALIFICATION DES INVESTIGATEURS ET ADEQUATION DES MOYENS</p>	
<p>INVESTIGATEUR PRINCIPAL</p>	<p><i>Nom prénom : NAVARRO Nicolas</i> <i>Fonction : Psychiatre addictologue</i> <i>Adresse : CSAPA Maurice Dide, Hôpital La Grave, CHU de Toulouse 31059 Toulouse</i> <i>Téléphone : 05.61.77.80.82</i></p>
<p>CO-INVESTIGATEUR</p>	<p><i>Nom prénom : EL AMRANI Julien</i> <i>Fonction : Interne DES de psychiatrie du CHU de Toulouse, FST Addictologie et DIU de Sexologie en cours</i> <i>Adresse : 1 rue François Villon 87 000 LIMOGES</i> <i>Téléphone : 06.82.17.06.35</i></p>
<p>LIEUX DE LA RECHERCHE NOMBRE DE CENTRES si recherche multicentrique</p>	<p>CSAPA « Maurice Dide » (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), Hôpital La Grave, CHU de Toulouse</p>
<p>IV. ORGANISATION DE L'ETUDE</p>	
<p>DESCRIPTION SYNTHETIQUE DE SHEMA D'ETUDE</p>	<p>Cette étude vise à explorer le vécu des usager.e.s de chemsex vis-à-vis de leur.s accompagnement.s et/ou de leur.s prise.s en soin par des professionnel.le.s de santé</p> <p>Pour cela nous réaliserons une étude qualitative, dont la méthodologie est largement inspirée de la méthode IPSE (18,19) fondée sur des entretiens semi-structurés. Les entretiens seront réalisés à l'aide d'un guide d'entretien (cf annexe 2).</p> <p>Ce protocole de recherche, incluant la notice d'information patient, le guide d'entretien, le questionnaire de données socio-démographiques et cliniques et le choix des structures d'accompagnement aux usager.e.s de chemsex pour l'appel à participation de l'étude, a été réfléchi et validé par l'ensemble des membres du comité de recherche de l'étude.</p>

Questionnaire d'auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

	<p>Ce comité de recherche est composé de médecins spécialistes du sujet, de médecins experts en étude qualitative, d'une coordinatrice associative d'action de santé experte du sujet ainsi que d'un patient expert.</p> <p>Les entretiens semi-directifs en face à face menés par l'investigateur coordonnateur seul seront réalisés selon une approche dite open-ended, en utilisant un style interactif, conversationnel et structurés par des axes d'expériences à explorer : histoire de la pratique du chemsex, relations à l'entourage, relations aux accompagnements, représentation des soins, attente des usager.e.s.</p> <p>Si toutefois l'entretien se révèle trop éprouvant, le ou la participant.e est libre d'y mettre fin à tout moment. Si nous décelons un point de fragilité ou d'inquiétude au cours de l'entretien, nous nous assurerons que la personne puisse bénéficier par la suite d'un entretien avec un professionnel.</p>
<p>MÉTHODOLOGIE DES QUESTIONNAIRES et/ou ENTRETIENS</p>	<p><u>1)QUESTIONNAIRE(S)</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si OUI précisez :</p> <p>L'entretien durera environ 1h et sera composée de 2 parties. Une première partie (5-10 min) permettant de remplir un questionnaire et une seconde partie d'entretien semi dirigé (45 min – 1h).</p> <p>La première partie de l'entretien permettra de recueillir via un questionnaire auto-administré des informations relatives aux données sociodémographiques et cliniques du ou de la participant.e. (cf annexe 3).</p> <p>Les données de ce questionnaire nous permettront de réaliser une analyse descriptive de l'ensemble de la population de l'étude. Elles nous permettront également de nous assurer d'un recrutement présentant une large diversité de caractéristiques parmi les participant.e.s.</p> <p><u>MODALITÉS DE PASSATION</u></p> <p>QUESTIONNAIRE ADMINISTRE PAR</p> <p><input type="checkbox"/> courrier <input type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> téléphone <input checked="" type="checkbox"/> face à face <input type="checkbox"/> autre <i>précisez</i> :</p> <p>QUESTIONNAIRE ADMINISTRE EN</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> une fois <input type="checkbox"/> plusieurs fois précisez nombre de passation :</p>

Questionnaire d'auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

<p>METHODOLOGIE DES QUESTIONNAIRES et/ou ENTRETIENS</p>	<p><u>TYPE DE QUESTIONNAIRES</u></p> <p><input type="checkbox"/> validé</p> <p>Indiquez l'origine de la validation : </p> <p><input checked="" type="checkbox"/> non validé</p> <p>Justifiez : Recueil de données sociodémographiques et cliniques.</p> <p><u>2) ENTRETIEN(S)</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si OUI précisez : La deuxième partie de l'entretien sera un entretien semi-directif pour explorer des aires d'expériences définies dans le guide d'entretien (cf annexe 2).</p> <p>Il nous permettra de recueillir le vécu des usager.e.s de chemsex concernant leur.s accompagnement, présent.s ou passé.s, lié.s à leur pratique du chemsex et de se focaliser sur leurs ressentis concernant les thèmes qui seront abordés.</p> <p><u>MODALITÉS DE RÉALISATION</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> entretien individuel <input type="checkbox"/> entretien collectif</p> <p>ENTRETIEN REALISE EN</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> face à face <input type="checkbox"/> vidéo-conférence <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> autre <i>précisez</i> :</p> <p>ENTRETIEN REALISE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> une fois <input type="checkbox"/> plusieurs fois précisez nombre de passation :</p> <p><u>TYPE D'ENTRETIEN</u></p> <p><input type="checkbox"/> directif <input checked="" type="checkbox"/> semi-directif <input type="checkbox"/> non directif</p> <p>ENREGISTREMENT</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI</p>
--	---

Questionnaire d'auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

	<p>Si enregistrement précisez:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> audio</p> <p><input type="checkbox"/> vidéo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> respect du droit à l'image (<i>la personne a été informée qu'elle serait enregistrée et a donné son consentement à la captation de son image/de sa voix</i>)</p> <p>L'entretien semi-directif sera enregistré par dictaphone pour recueillir au mieux les données. L'ensemble des enregistrements seront détruits après traitement des données. Le participant a été informé qu'il sera enregistré et aura donné son consentement à la captation de sa voix.</p> <p>L'utilisateur y sera identifié à l'aide d'un code d'inclusion (premières lettres du nom et du prénom suivies du numéro d'enregistrement attribué par ordre chronologique d'inclusion dans l'étude), garantissant son anonymat.</p>
<p>ANALYSE STATISTIQUE</p>	<p>Après retranscription des entretiens, les verbatim feront l'objet d'un codage et d'une analyse des données à l'aide du logiciel NVivo</p> <p>Cette analyse sera réalisée par Monsieur Julien El Amrani, en triangulation avec l'ensemble du groupe de recherche selon la méthode dite d'Analyse Thématique Réflexive avec une approche constructiviste et un travail inductif. (20,21)</p> <p>La collecte de données sera stoppée lorsque le groupe de recherche jugera que la suffisance théorique « meaning saturation » (22) est atteinte, soit l'atteinte d'un nombre de données suffisant pour construire un modèle explicatif robuste et cohérent répondant à la question de recherche. Ce modèle devra s'intégrer en se recontextualisant au sein d'une revue actualisée de la littérature.</p> <p>S'il n'est jamais possible de prévoir à l'avance le nombre exact d'entretiens qui sera nécessaire à réaliser en étude qualitative, ce choix de jugement par la suffisance théorique nous permet d'approcher un nombre théorique a priori sur la base de différents critères : la question de recherche centrée sur une thématique restreinte (l'accompagnement), la population étudiée qui présente une relativement faible hétérogénéité (principalement HSH), la méthode d'échantillonnage itérative (recrutement au fur et à mesure) et le choix d'une approche constructionniste .</p> <p>Tous ces critères nous permettent de prévoir un échantillon de taille intermédiaire à atteindre soit environ 15 à 20 participant.e.s à prévoir.</p>
<p>EFFECTIF NOMBRE DE PERSONNES INTERROGÉES</p>	<p>Entre 15 et 20 personnes selon nos estimations</p>
<p>CRITÈRES D'INCLUSION</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées de plus de 18 ans - Pratique de chemsex dans les 12 mois écoulés - Au moins une rencontre avec un.e professionnel.le de santé pour une demande liée à sa pratique de chemsex - Bonne maîtrise du français

Questionnaire d'auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

CRITÈRES DE NON-INCLUSION	<ul style="list-style-type: none"> - Personne ayant un Trouble du spectre de l'autisme (TSA) - Personne ayant une déficience intellectuelle - Personne ayant une pathologie psychiatrique décompensée au moment de l'inclusion (selon l'investigateur du centre) - Personne sous curatelle ou tutelle - Refus de participation à l'étude
DURÉE PRÉVISIONNELLE DE PARTICIPATION PAR PERSONNE	Environ 1h
DURÉE PRÉVISIONNELLE DE LA RECHERCHE	12 mois
UNE COLLECTION BIOLOGIQUE OU LA CONSERVATION D'ECHANTILLON AU-DELA DE LA DUREE DE L'ETUDE EST PREVUE	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
LA RECHERCHE EST ORGANISEE POUR REPENDRE AUX OBJECTIFS FIXES	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
V. ABSENCE DE RISQUES ET DE CONTRAINTES DE LA RECHERCHE	
LA RECHERCHE IMPLIQUE LA REALISATION D'ACTES QUI RELEVANT DE L'ARRETE FIXANT LA LISTE DES RECHERCHES MENTIONNEES AU 3° DE L'ARTICLE L. 1121-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
VI. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	
LISTE DES DONNEES PERSONNELLES RECUEILLIES	En complément de l'entretien semi-directif (Cf. : annexe 2), La première partie de l'entretien permettra de recueillir via un questionnaire auto-administré des informations relatives aux données socio-démographiques et cliniques du ou de la participant.e. (cf annexe 3) :âge, identité de genre, sexe, orientation sexuelle, situation familiale, mode de vie, niveau de formation, situation professionnelle, traitements actuels, antécédents médicaux et psychiatriques, antécédents addictologiques hors chemsex, statut sérologique VIH, Prise de PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition VIH).
LES DONNEES COLLECTEES SONT ADEQUATES, PERTINENTES ET	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Questionnaire d’auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

<p>LIMITEES A CE QUI EST NECESSAIRE AU REGARD DES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE</p>	
<p>TYPE DU LIEU OÙ DOIT DE DÉROULER LA RECHERCHE</p>	<p>Le choix du lieu des entretiens est laissé à l’appréciation du ou de la participant.e afin de permettre une parole plus libre (dans un bureau du centre investigation (CSAPA Maurice Dide), de la structure d’accompagnement, ou domicile du participant).</p>
<p>VII. RECRUTEMENT ET INFORMATION DES PERSONNES</p>	
<p>MODALITÉS DE RECRUTEMENT DES PERSONNES INTEROGÉES</p>	<p>Un appel à participation sera fait auprès des usagers de 7 structures toulousaines d’accompagnement structure addictologiques, structures psychiatriques, structures d’infectiologie, associations communautaires LGBTQIA+.</p> <p>Structures sanitaires (psychiatrique, infectiologique et addictologiques) :</p> <p>CHU de Toulouse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Service d’addictologie clinique ○ CeGGID (Centre gratuit d’information, de dépistage et de diagnostic) ○ SMIT (Service des maladies infectieuses et tropicales) <p>CH G Marchant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ CMP Secteur 2 (Centre médico-psychologique) <p>Hôpital Joseph Ducuing :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Service d’addictologie <p>Structures associatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Addictologiques : Clémence Isaure ○ Communautaire LGBTQIA+ : CeSaMe Occitanie: Centre Enipse de Ressources en Santé Mentale (Enipse = Equipe Nationale d’Intervention en Prévention et SantE) <p>Les personnes intéressées seront orientées vers un des investigateurs de l’étude.</p> <p>Un premier contact permettra de présenter l’étude à la personne en l’informant des objectifs et contraintes de l’étude ainsi que de ses droits relatifs à cette recherche, de répondre à ses questions et de lui remettre la notice d’information de l’étude, qui explicite les modalités de l’étude (objectifs et conditions de l’entretien, organismes impliqués, utilisation anonyme des données et enregistrement audio et droit d’opposition).</p>
<p>MODALITÉS D’INFORMATION ET DE TRAÇABILITÉ DE LA NON-OPPOSITION</p>	<p>.</p>

Questionnaire d'auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

	<p>Après un délai de réflexion suffisant, les personnes seront recontactées par Mr Julien El Amrani,investigateur pour s'assurer du maintien de leur accord de participation et pour convenir d'un rendez-vous pour réaliser l'entretien dans le lieu de leur choix (centre de recrutement, structure d'accompagnement, au domicile).</p> <p>L'investigateur précisera à la personne qu'il est souhaitable de ne pas être sous l'emprise de substances psychoactives au moment de l'entretien pour permettre les échanges avec l'investigateur. Le jour de l'entretien, l'investigateur rappellera à la personne l'objectif et la méthodologie de la recherche ainsi que les informations sur le recueil des données et répondra à l'ensemble de ses questions. Il recueillera ensuite la non-opposition à l'étude.</p> <p>Un exemplaire de la notice d'information mentionnant la non opposition sera remis au (à la) participant.e. Un autre exemplaire sera conservé par l'investigateur qui le classera dans le classeur investigateur du centre investigateur (CSAPA Maurice Dide).</p> <p>L'information et la non-opposition du ou de la participant.e seront consignées dans son dossier médical par l'investigateur de l'étude..</p>
<p>INCONVÉNIENTS POUR LES PERSONNES INCLUSES DANS LA RECHERCHE</p>	<p>Durée prévisionnelle du recueil de données par entretien ou questionnaire pour un.e participant.e : environ 1h</p> <p>Durée prévisionnelle totale de la participation à la recherche pour un.e participant.e si le recueil de données est réalisé en plusieurs fois (durée entre l'inclusion et le dernier recueil de données) : non concerné</p> <p>Temps de transport maximal estimé pour les participant.e.s si applicable : Les participant.e.s choisiront le lieu des entretiens (lieu hospitalier, lieu sociétal,domicile). Les frais de déplacement des participant.e.s seront pris en charge par la FERREPSY</p>
<p>POPULATION PARTICULIERE</p>	<p>La recherche nécessite l'inclusion de populations particulières :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON</p> <p>Les conditions de l'articles L.1122-2 du code de la santé publique sont respectées, dans le cas ou la recherche porte sur des mineurs non émancipés, des majeurs protégés ou des majeurs hors d'état d'exprimer leur consentement :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> NON CONCERNE</p> <p>Les conditions de l'articles L.1121-5 du code de la santé publique sont respectées, dans le cas où la recherche porte sur des femmes enceintes ou allaitantes</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> NON CONCERNE</p>

Questionnaire d'auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

VIII. DECLARATION DU PROMOTEUR

Je soussigné Docteur François Olivier, Directeur de la FERREPSY, déclare :

- Que l'intérêt de la recherche est sans commune mesure avec le risque prévisible encouru par les personnes qui se prêtent à cette recherche, et
- Que le respect de la personne qui se prête à la recherche prime les seuls intérêts de la recherche et de la société.

Les sanctions pénales prévues aux articles L.1126-1 et suivants du code de la santé publique s'appliquent en cas de fausse déclaration ou de non respects des dispositions prévues aux articles L.1121-1 et suivants du code de la santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dispositifs d'enquête et d'observation - OFDT [Internet]. [cité 15 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/dispositifs-enquete-et-observation/>
2. Batisse A, Fortias M, Bourgogne E, Grégoire M, Sec I, Djeddar S. Case series of 21 synthetic cathinones abuse. *J Clin Psychopharmacol.* juin 2014;34(3):411-3.
3. Benyamina A. Rapport « Chemsex » [Internet]. 2022 [cité 29 juill 2023] p. 74. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/rapport/284486-rapport-chemsex-rapport-du-professeur-amine-benyamina>
4. Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today* [Internet]. 2019 [cité 28 juill 2023]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/330636432_Chemsex_origins_of_the_word_a_history_of_the_phenomenon_and_a_respect_to_the_culture
5. Dehove C. Hypersexualité et homosexualité : mythe ou réalité ? [Mémoire pour le DIU d'études de la sexualité humaine]. Lille 2; 2016.
6. Wong NS, Kwan TH, Lee KCK, Lau JYC, Lee SS. Delineation of chemsex patterns of men who have sex with men in association with their sexual networks and linkage to HIV prevention. *Int J Drug Policy.* janv 2020;75:102591.
7. Patten S, Doria N, Joy P, Sinno J, Spencer R, Leblanc MA, et al. Sexualized drug use in virtual space: A scoping review of how gay, bisexual and other men who have sex with men interact online. *Can J Hum Sex.* 1 avr 2020;29(1):106-26.
8. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy.* sept 2016;38:4-12.
9. Velter A, Ousseine Y, Dupire P, Roux P, Mercier A. Évolution du niveau de protection contre le VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes séronégatifs pour le VIH – Résultats de l'enquête

Questionnaire d'auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

	<p>Rapport au sexe 2017-2019-2021. Bull Épidémiologique Hebd. 2022;430(8):24-5.</p> <p>10. Sauvage C, Saboni L, Trouiller-Gerfaux P, Sommen C, Alexandre A, Lydié N. Rapport Prevagay 2015. Enquête de séroprévalence du VIH menée auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay [Internet]. Saint -Maurice : Santé publique France; 2017 [cité 28 juill 2023] p. 87. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/etude-prevagay-2015-premiers-resultats-sur-le-vih</p> <p>11. CESSA D. Facteurs de risques addictologiques dans le cadre du Chemsex : Résultats de l'étude nationale en ligne Sea, Sex and Chems [Internet]. Aix-Marseille Université; 2021 [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/rapport/284486-rapport-chemsex-rapport-du-professeur-amine-benyamina</p> <p>12. Schreck B, Victorri-Vigneau C, Guerlais M, Laforgue E, Grall-Bronnec M. Slam Practice: A Review of the Literature. Eur Addict Res. 2021;27(3):161-78.</p> <p>13. Batisse A, Eiden C, Deheul S, Monzon E, Djeddar S, Peyrière H. Chemsex practice in France: An update in Addictovigilance data. Fundam Clin Pharmacol. 2021;1-8.</p> <p>14. Íncera-Fernández D, Gámez-Guadix M, Moreno-Guillén S. Mental Health Symptoms Associated with Sexualized Drug Use (Chemsex) among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 17 déc 2021;18(24):13299.</p> <p>15. Donnadiou-Rigole H, Peyrière H, Benyamina A, Karila L. Complications Related to Sexualized Drug Use: What Can We Learn From Literature? Front Neurosci. 2020;14:548704.</p> <p>16. Drückler S, Speulman J, van Rooijen M, De Vries HJC. Sexual consent and chemsex: a quantitative study on sexualised drug use and non-consensual sex among men who have sex with men in Amsterdam, the Netherlands. Sex Transm Infect. juin 2021;97(4):268-75.</p> <p>17. Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances Principaux résultats enquête DRAMES 2020 [Internet]. Centre d'évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance – Addictovigilance; 2020 [cité 5 août 2023]. Disponible sur: https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/drames/</p> <p>18. Sibeoni J, Verneuil L, Manolios E, Massoutier L, Jean E, Meunier JP, et al. IPSE (Inductive Process to analyze the Structure of lived Experience), méthode innovante et spécifique pour la recherche qualitative en santé : Applications en pédopsychiatrie. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1 oct 2021;69(6):287-96.</p>
--	--

Questionnaire d'auto-évaluation (RIPH 3 HPS)

	<p>19. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. <i>The Lancet</i>. 11 août 2001;358(9280):483-8.</p> <p>20. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. <i>Qual Res Sport Exerc Health</i>. 8 août 2019;11(4):589-97.</p> <p>21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. <i>Qual Res Psychol</i>. 1 janv 2006;3(2):77-101.</p> <p>22. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? <i>Qual Health Res</i>. mars 2017;27(4):591-608.</p>
--	--

Utilisation des services de santé par les usagers de chemsex – Une revue systématique de la littérature

RESUME EN FRANÇAIS :

INTRODUCTION : Le chemsex, ou usage de substances psychoactives en contexte sexuel, est un phénomène particulièrement répandu chez les minorités sexuelles et de genre. Cette pratique comporte des risques et peut engendrer des dommages pouvant nécessiter le recours aux soins. L'objectif de ce travail était de comprendre l'utilisation des services de santé par les usagers de chemsex. **METHODE ET MATERIEL** : Une revue systématique de la littérature a été effectuée en juillet 2024 sur les bases de données PUBMED, EMBASE et GOOGLE SCHOLAR, selon les recommandations PRISMA 2020. **RESULTATS** : Sur 1201 références identifiées, 19 articles ont été retenus. Les centres de santé sexuelle étaient les services de santé les plus consultés. Une méfiance généralisée envers les services ainsi que des parcours de soins trop complexes et peu lisibles étaient des freins importants identifiés au recours aux soins. **DISCUSSION** : Les multiples enjeux de santé du chemsex impliquent une action coordonnée des services de santé sexuelle, de santé mentale, d'addictologie et des associations communautaires. De futurs travaux sont nécessaires pour explorer la manière dont les usagers combinent les soins de santé formels et informels dans leur stratégie de gestion de santé. **CONCLUSION** : Cette revue souligne la nécessité de structurer des parcours de soin territoriaux clairement identifiables par les usagers de chemsex, éventuellement sous la direction des centres de santé sexuelle, déjà fréquentés par la majorité des usagers.

TITRE EN ANGLAIS : Health services use of chemsex users – A systematic review

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : PSYCHIATRIE

MOTS-CLÉS : chemsex, usage de drogues en contexte sexuel, minorités sexuelles et de genre, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, comportement d'aide, recherche d'aide, recours aux soins, traitement, barrières, revue systématique

Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé de Toulouse
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeurs de thèse : Dr Nicolas NAVARRO et Dr Felix SERGENT